



وزارة التـــعليـــم العـــالي و البــــحث العــلمـــي

جــــــامـــــعية العقيد أكلي محند اولحاج

البويـــرة

معهد العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

فرع علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر الأكاديمي 02 في علم النفس العيادي

تحت عنوان

إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون

(دراسة عيادية لخمس حالات)

إعداد الطالب:

لوناس لعلم

تحت إشراف الأستاذة :

حلوان زوينة

السنة الجامعية: 2012/2011

كلمة الشكر

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للأستاذة حلوان زوينة على الإرشادات والمجهودات التي بذلتها معي قصد إنجاز هذا العمل، هذه الأستاذة التي تشرفت بتأطيرها لي، وتأنيت من صبرها، وتعلمت من فضلها وتتلمذت من علمها.

كما أتقدم بالشكر الخاص وأصدق معاني الإمتنان إلى كل من الأستاذة أشروف –كبير سليمة و الأستاذة بن عالية وهيبة على مساعدتهما لي في إنجاز هذه الدراسة.

أشكر كل أساتذة معهد علم النفس على ما لقيته منهم من تأطير طيلة هذه الخمس سنوات لتحضير شهادة الماستر.

أشكر صديقي و زميلي كريم الذي ساعدني على إنجاز هذا البحث.

إهداء

أهدي هذا العمل:

إلى جدتي رحمها الله برحمته الواسعة وأسكنها فسيح جنانه

إلى أمي رحمها الله برحمته الواسعة وأسكنها فسيح جنانه

إلى أخي وصديقي الوفي محمد وليد

إلى خالي عبد الوهاب و زوجته

إلى إبن خالي رياض

إلى جميع زملائي في الدراسة والعمل الذينساندوني فعلا وأخص بالذكر:

السيدة عيش- جيريدان أنيسة، بوزيد حفصة الأخصائية الأرطوفونية، حيدرة سامية، عامر ربيعة، مزيدي سامية والسيدة هواري-جوهري فاطمة.

الفهرس

الفصل الرابع: الصمم والزرع القوقعي

الجانب الميداني

الفصل الخامس: منهجية البحث

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة الحالات

قائمة الجداول:

قائمة الملاحق:

مقدمة:

يمر الجنين بمراحل هامة وحساسة خلال مرحلة التكون (التخلق) والتطور، هناك إختلالات يمكن أن تؤدي إلى إضطراب يصعب أو يستحيل في بعض الأحيان العلاج والتكفل به، من بين هذه الإصابات نجد الصمم الخلقي الذي يكون حاجزا أمام الطفل المعاق سمعيا سواء كان ذلك في حياته اليومية، أو على مستوى النمو النفسي لديه. يكون الطفل الأصم طبيعيا عند الولادة، بمعنى ليس لديه أي إعاقة جسدية في حين تبدأ المشكلة عند ملاحظة الضعف في التواصل والإستجابة للأصوات الخارجية، ثم عدم القدرة على الإنتاج اللغوي واللفظي مع ظهور العزلة والصمت لديه.

يصعب بالتالي على الأولياء محاولة فهمه والتعامل معه، حتى يصعب الأمر كذلك بالنسبة لجميع المتعاملين معه بصفة عامة وللأم بصفة خاصة، بحكم العلاقة المميزة التي تجمع بين الأم وطفلها جسديا وانفعاليا وبيولوجيا منذ الأيام الأولى من الحمل، فحسب **H. Deutsch (2008)** "الطفل جزء من الأم ومحاط بحب نرجسي لا حدود له، من هنا إذن فكل ما يصيب الطفل، يصيب الأم في نرجسيتها، إذ هو امتداد نرجسي لها".

تعتبر الأم في السنوات الأولى أول موضوع يرافق الطفل منذ ولادته، حيث تُشبع له حاجاته البيولوجية كالحمل (le portage) ، الإرضاع (le nourrissage) ، الملامسة والتكليم، حتى تُشبع بدورها حاجاته العاطفية كالحب الحنان والرعاية، أين تترك له انطباع في كل مرة يتم إستدخاله. لهذا فالطفل الذي يولد مكتملا وفي صحة جيدة، سوف يحقق إشباعا نرجسيا للأم. تأكيدا لأهمية الرعاية الأمومية وتفاعل العلاقة أم-طفل خاصة في المراحل الأولى من حياته من أجل إستدخال العناصر النفسية لديه سواء الحاوية منها أو المحتواة على النموذج المركزي الذي إعتمدناه في دراستنا والمتمثل في نموذج "**الأنا-جلد**" **le Moi –peau (1985)** و"**الأغشية النفسية**" **Les enveloppes psychiques** سنة **(2000)** لـ **D. Anzieu** ، قصد التطلع إلى العلاقة التي تتموضع في موقف الموضوع-غشاء رغبة منها في تمثيل عنصر الإحتواء لذات الطفل الحاملة لإعاقة سمعية حتى يتمكن من إحتواء نفسه بنفسه لاحقا، انطلاقا من المبادلات الجارية مع المواضيع الخارجية التي يلتقيها في حياته، لكن هذه المرة بعد تصليح حاسة السمع لديه، بمعنى الإستفادة من جهاز سمعي حديث المعروف بجهاز الزرع القوقعي، أي بديل لتلك القوقعة المتلفة والتي يتوقف عليها توظيف الجهاز السمعي لديه بصورة سليمة، والأطفال الذين خصتهم هذه الدراسة نقصد منهم الأطفال المصابين بصمم خلقي عميق في حدود ما يمكنهم من الإستفادة من عملية الزرع القوقعي.

أردنا من خلال هذه الدراسة التركيز على إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون، من أجل تحقيق الأهداف المرجوة من هذا البحث قمنا بتقسيمه إلى قسمين بمعنى الجانب النظري والجانب الميداني، بالإضافة إلى الفصل الأول الذي قمنا فيه بعرض : الإشكالية، الفرضية، الدراسات السابقة، أسباب إختيار الموضوع، أهمية وأهداف البحث وكذا تحديد المفاهيم الأساسية لهذا الأخير.

يتكون الجانب النظري من ثلاثة فصول :

الفصل الأول خصصناه لمرحلة الطفولة والعلاقة أم–طفل أين تطرقنا إلى مختلف الإتجاهات التي تطرق إلى العلاقة أم –طفل، مختلف الإتجاهات التي تطرقت إلى العلاقة أم–طفل المعاق، مراحل و إحتياجات الطفولة، مظاهر النمو في مرحلة الطفولة الوسطى، مشاكل مرحلة الطفولة الوسطى وأخيرا واقع الطفولة بالجزائر.

أما الفصل الثاني تطرقنا فيه إلى الأغشية النفسية : بمعنى عرضنا فيه تطور مفهوم الغشاء النفسي، مفهوم الغشاء النفسي، السياق التكويني للغشاء النفسي، بنية الغشاء النفسي، الخصائص البنائية للغشاء النفسي، وظائف الغشاء النفسي، أنواع الأغشية النفسية، إضطراب الأغشية النفسية وأخيرا إضطرابات الغشاء الجماعي.

وبالنسبة للفصل الثالث تعرضنا فيه إلى الصمم والزرع القوقعي: تناولنا فيه تشريح وفزيولوجية الأذن، تعريف الصمم، أسباب الصمم، أنواع الصمم، أثر الصمم على إكتساب اللغة، لمحة تارخية عن الزرع القوقعي، تعريف الزرع القوقعي، مكونات جهاز الزرع القوقعي، أنواع جهاز الزرع القوقعي، كيفية عمل وتركيب الجهاز، شروط وكيفية إجراء عملية الزرع القوقعي وأخيرا المشاكل والتعقيدات الناجمة عن عملية هذه الأخيرة.

عرضنا فيما يخص الجانب الميداني فصلين:

الفصل الأول تم تخصيصه لمنهجية البحث أما الفصل الثاني قمنا فيه بعرض وتحليل ومناقشة النتائج، الذي تطرقنا فيه إلى عرض وتحليل النتائج، مناقشة النتائج وفرضية البحث، الاستنتاج العام،الخلاصة العامة مع تقديم الصعوبات والإقتراحات وفي النهاية خاتمة.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية.
2. الفرضية.
3. الدراسات السابقة.
4. أسباب إختيار الموضوع
5. أهمية الدراسة.
6. أهداف الدراسة.
7. تحديد المفاهيم.

1. الإشكالية:

أول ما تبدأ به العلاقات عند الأفراد هي تلك المعروفة بالعلاقة أم–الطفل، ذلك التوجه الأول إلى الموضوع وتلك الحاجة الأولى للآخر، بعد أن كان الفرد في حالة الخلود الدائم، تميزه القوة الكاملة في تلك الحياة الرحيمية التي تجعله كائنا قويا و كاملا.

بإعتبار الأم هي الستار الواقي الذي يحمي طفلها من المؤثرات والتهديدات الآتية من المحيط الخارجي، فهي أول موضوع يميزه الطفل عن ذاته، بعد أن كانا موضوعا واحدا ، ما أتاح للأم الدور الفعال في تنمية جوانب عديدة في الطفل، كالجانب الجسمي الذي يرتكز أساسا على التغذية والرعاية الأمومية، فهو بحاجة ماسة لهذين العنصرين. و عليه لهذه العلاقة (أم–طفل) أهمية كبرى عند الطفل في طفولته الأولى، لأن من خلالها تتحدد جميع معالم شخصيته وترسم خطوط حياته المستقبلية.

(ليلى دمعة يعقوب، 1995)

هذا ما أشارت إليه دراسة قامت بها الباحثة الأنتروبولوجية **H. Stork (1998)** حول الرعاية الأمومية الهندية بكل تفاصيلها والتي أساسا تقوم على العلاقة جسم لجسم يقوم الطفل من خلالها بإستدخال وظيفة الإحتواء،حيث تمثل الأم الموضوع–الغشاء الذي يسمح فيما بعد بتكوين ذات حاوية كما تمثل "غشاء صوتي" و"غشاء بصري" من خلال التبادلات الجارية في العلاقة أم–طفل أثناء إتصالها به و رعايتها له.

إذن فعملية الحمل والإنجاب تعد من أهم الأحداث التي تمر بها المرأة في أدوار حياتها، فمنذ الطفولة المبكرة، نجد الطفلة الصغيرة تعبر عن رغبتها في الأمومة من خلال لعبها بالدمى وتقمص دور الأم، فهذا الطفل المستقبلي موجود منذ القدم في المعاش الهوامي للطفلة الصغيرةحسب **S. Lebovici(1985)** هذا الطفل مخبئ ومحفوظ في هوام نشط، تفكر فيه الفتاة دائما دون أن تبوح به، فهو نتاج لرغبات قديمة للأمومة والذي يمثل الصراع الأوديبي، والهوامات الطفلية للأم التي تحب أباها مثل أمها وترغب في الحصول على طفل منه. (H. Benony, 2003, P51)

ترغب هذه الأم في طفل لأنها لم تحقق رغبتها(أي رغبتها في إمتلاك قضيب الأب) وبالتالي فالطفل لا يمثل في هوامات الأم إلا بديلا عن قضيب الأب الذي ينقصها.

يعتبر الطفل بالنسبة للمرأة كتعويض لفقدان موضوع القضيب (موضوع بالمعنى التحليلي) وعليه يحقق لها إشباعا نرجسيا(Satisfaction narcissique)، فحسب **R. Spitz (1965):** "الطفل يكون بالنسبة للأم وسيلة لتفريغ الإشباعات النرجسية"(خالد عبد الرزاق السيد،2001، ص23)

إذن فالطفل الذي يولد مكتملا وفي صحة جيدة، سوف يحقق إشباعا نرجسيا للأم، وفي هذا الصدد تقول **H. Deutsch (2008) :**"بأن الطفل محاط بحب نرجسي لا حدود له، فكل ما يصيب الطفل يصيب الأم في نرجسيتها إذ هو إمتداد نرجسي لها".

تحديدا فمنذ اللحظة الأولى التي تعرف فيها المرأة بأنها حامل، تتهيأ لبناء علاقة مع هذا الطفل، فالحمل هو بمثابة تمهيد بيولوجي ونفسي للأمومة أين ترهن الأم نفسها لإبنها بصفته جزء منها.

(H. Deutsch, 2008, P27)

تبدأ هذه الأم ببناء تصورات حول هذا الطفل وتشعر بشوق وفضول كبيرين لرؤية هذا المخلوق الذي يتكون داخل بطنها، وتبدأ في تخيل هذا الطفل كيف هو، كيف سيكون مستقبلا، و في هذا الصدد تقول **H. Deutsch (2008) :**" بأن الأم تكون مهووسة بهذا الطفل إذ تشكل له منذ الأول طباعا فيزيولوجية (الوجه، الشعر، العينين البشرة)". كما أشارت **C. Benony** في هذا الصدد إلى وجود 3 مجموعات من التصورات حول الطفل فنجد:

الطفل الخيالي (l'enfant imaginaire) الذي يمثل تصورات لا شعورية موجودة في التاريخ الشخصي المبكر لمستقبل كلا الوالدين، والطفل الهوامي (l'enfant fantasmatique) فهو يمثل تصورات لا شعورية وما قبل شعورية مرتبطة بالتاريخ الشخصي للأولياء ومدى نضجهم من المشكلة الأوديبية من خلال أبعاد تتناقل جيل عن جيل، أما الطفل النرجسي (l'enfant narcissique) فهو يمثل الطفل الثقافي أو الأسطوري لتصورات جماعية وجدت شيئا فشيئا منقحة (Remanie) في حياة الزوجين فيصبح بذلك الطفل ثمين(**précieux**) بالنسبة لهما. (C. Benony, 2003, P8 et 9)

يبدو الطفل بعدها في الأحلام ليس فقط بأنه ولد، وإنما تقدم في نموه وكلامه ومشيه، وفي هذا الحلم تشبع الأم رغبتها في رؤية إبنها في العالم الخارجي ومتحررا من المخاطر التي تخشاها هي نفسها . ولا تكون الأحلام تفاؤلية دائما،حيث يجري الإفراط في المبالغة بإنجاب طفل مشوه أو غريب كما يبدو المعاقون والمشوهون، فالأم تخاف على حياة الطفل أكثر من نفسها، هل هو هنا، هل سيعيش، هل هو

طبيعي، من يشبه، ما هو جنسه، هل هو بخير فتترافق مع مشاعر الفرح وإنتظار قدوم المولود الجديد مشاعر أخرى من القلق والخوف حول حياة الطفل وصحته. (H. Deutsch, 2008, P 237)

لكن أحيانا تصبح هذه المخاوف حقيقية ، إذ تتفاجأ الأم بولادة طفل معاق كأن تكون إعاقته جسدية مثل التشوهات الخلقية والإعاقة الحركية، أو تكون إعاقته حسية كالإعاقة السمعية والبصرية أو تكون إعاقته عقلية كالتخلف الذهني...

تشكل ولادة طفل معاق مهما كانت نوعية إعاقته (جسدية، حسية أو عقلية) حالة من الذهول النفسي و الإنكار بالنسبة للأسرة بصفة عامة وللأم بصفة خاصة، بحكم العلاقة المبكرة والعميقة والمتميزة التي تربط الأم بطفلها جسديا وعاطفيا، كما أنها ذات أهمية بالغة في التفاعل بين الأم والطفل، إذ ترى في هذا الصدد **H. Deutsch (2008)** : "أن الأمومة هي علاقة الأم بطفلها ككل إجتماعي وفيزيولوجي وعاطفي، وتبدأ هذه العلاقة منذ لحظة تكون الطفل وتمتد إلى جميع مراحل التطور والنمو الفيزيولوجي اللاحقة من الحمل إلى الولادة، إلى الإرضاع إلى العناية الجسدية. وتترافق كل هذه الوظائف بردود فعل عاطفية متماثلة فيما بينها، ما يجعلها تصاب بإحباط، فقد تنسحب هذه الأخيرة من العلاقة التي عملت على بناءها وأسست قواعدها بينها وبين طفلها في مرحلة الحمل، حيث أنها لم تبني علاقة وقواعد مع طفل غير عادي (طبيعي)، أي أنها لم تتوقع أن يولد طفل غير طبيعي مما يكون له الأثر الكبير على الأم، وأكدت جميع الأمهات كيف أنهن أصبن بخيبة أمل كبيرة مع الرفض للطفل في بعض الحالات". (عمر عبد الرحيم نصر الله، 2008، ص109-110)

يرى الباحث **Fredman (2006)** ، أن المشاعر والإنفعالات المصاحبة لإدراك الأم لإعاقة طفلها هي التي تشكل بداية تكوين الإتجاه، إلا أننا نجد الإستجابة وردة الفعل إتجاه هذا الحدث هو الذي يظهر على نحو مختلف، فإما يكون إتجاه بالرفض الصريح والنبذ والإهمال،وعليه فلا تقوم بإرضاعه أو رعايته وقد لا ترغب في لمسه وحتى رؤيته، حيث يكون الرفض هنا قائم على تصور مؤداه: "أن هذا لا يمكن أن يكون طفلي الذي كنت أحلم به، لا يمكن أن يكون إمتدادا نرجسيا لنا (حتى الزوج يدخل في هذا السياق) إنه ليس طفلي، فأنا "لا يمكن أن أنجب طفلا معوقا".

وإما الإتجاه إلى الرعاية الزائدة بعد تجاوز الإحباط (أي مرحلة الحداد)، والذي يكون نتاجا مباشرا لتفجر مشاعر من الإحساس بالذنب إتجاه المولود (الطفل)، ويقوم هذا الإتجاه على تصور لدى الوالدين مؤداه: "أننا نحن المسؤولون عن هذه الحالة، والطفل ليس له ذنب، ومهما فعلنا فلن نعوضه عما تسببنا

له فيه". أي محاولة و سعيا منهم لملء الثغرات النرجسية التي تتجسد في إعاقة المولود (الطفل) الذي ولد حاملا للإعاقة. (خالد عبد الرزاق السيد، 2002، ص22)

تأكيدا لذلك ما أشارت إليه **C. Benony(2003)** كون الأمراض الجسدية والإعاقة بصفة عامة يعتبر إعلانها صدمة وحالة من الذهول النفسي (Sidération Psychique) بالنسبة للوالدين وجرح نرجسي يترجموه كعقاب (Punition) وإجتياح شديد للشعور بالذنب.

وعليه لا بد أن نتكلم في هذا الصدد عن طريقة وسيرورة الرعاية الأمومية في تكوين ذات سليمة لدى الطفل من خلال ما تطرق إليه **D.W. Winnicott (1969)** في تناوله للموضوع الإنتقالي بمعنى (l'apport d'une maman suffisamment bonne) ، بالإضافة إلى إسهامات **M. Klein (1937)** فيما يخص الموضوع الجيد والموضوع السيء الذي تلعبه الأم في النمو النفسي المتوازن لدى الطفل، كما يؤكد بدوره **R. Spitz (1965)** على أن :"حنان الأم هو بمثابة الفيتامين السيكولوجي للنمو السليم لدى الطفل" ويدعم قائلا: "أن الطفل يحتاج إلى لمس الأم في وجهها و يدها ليستقبل من خلالها العالم الخارجي، وللأم دور بيولوجي ووجداني مكملان لبعضهما البعض، بعد ذلك تتطور العلاقات الإجتماعية للطفل حتى ينتقل تدريجيا من النرجسية الأولى إلى حب الموضوع، حيث ترتبط مشاعره بالأم أو بديلتها بهذا الإرتباط".

فبالتالي، العلاقة بين الأم والطفل ناتجة عن الرعاية التي يحظى بها من خلال إرضاء حاجاته حيث أن الحالة الأصلية تبعا لنظرية التحليل النفسي تتمثل في نوع من النرجسية المغلق على ذاتها والتي تفتح على شكل علاقة مع موضوع الرعاية بسبب ما يقدمه من إرضاءات لحاجات الطفل الحيوية حتى يتمكن من إستدخالها (مصطفى حجازي، 2004، ص186)

بإعتبار ما يستدخله الفرد هو التقمصات التي يمر بها عبر مراحل حياته،وبصورة الأم يستطيع الطفل بناء علاقة غيرية، فإذا تشوهت الصورة الوالدية عنده يتشوه بالتالي ما تم إستدخاله وينعكس ذلك على علاقاته مع الآخر. توضيحا لذلك يقول **R. Perron (1985)** أن :" 'الأنا' يتطور تدريجيا إنطلاقا من نواة متكونة من الشعور المستمر بالوجود، أما الجزء الآخر من 'الأنا' يتكون من إزدواج الصورة الهوامية للأم، وإن تفوق ظهور الصورة الهوامية الحسنة أو السيئة، سيكون لها نتائج مهمة على النمو النفسي للطفل، إذ هذه الأخيرة (أي الصورة الهوامية للأم) تساهم في تشكيل أنا الفرد وثباته.

كما أقام **J. Lacan (1966)** همزة وصل بين اللحظة الأولى في تكوين الأنا وبين تلك التجربة النرجسية الأساسية التي أطلق عليها إسم مرحلة المرآة، حيث يعرف "الأنا" من خلال التوحد بصورة الآخر إلى غاية تطوره ونضجه، أين يصبح قادرا فيما بعد على التميز بين الداخل والخارج، بعد أن كان يعيش كل شيء إبتداءا من نفسه، فكل شيء منه وإليه.

إشارة إلى أهمية تفاعل العلاقة أم–الطفل من أجل تكوين العناصر النفسية سواء الحاوية (contenant) منها أو المحتواة (contenu)، وفي هذا الطرح الجديد برزت أسماء عديدة نذكر منها **G. Lavalle** و **D. Honzel** و **D. Anzieu** ، هذا الأخير الذي من خلال نموذجه المركزي الأنا– جلد وضح بشكل دقيق كيفية تكون الجهاز النفسي إنطلاقا من تجارب الجسم، هذا النموذج الأولي فتح فيما بعد المجال لظهور مفهوم جديد ألا وهو "الغشاء النفسي" (l'enveloppe psychique) إذ يمثل حسب **D.Houzel** منطقة الحدود (Démarcation) بين العالم الداخلي والعالم الخارجي بمعنى بين مجالين مختلفين. كما أوكل له **D. Anzieu (2000)** عدة وظائف منها وظيفة الإحتواء والحماية بالاضافة الى صد الإثارات، وعليه بهذا يضمن إستقرار وسلامة الحياة النفسية الداخلية، غير أن الدراسات الأولى التي تناولت هذا المفهوم، تعتمد أساسا على النصوص التحليلية **S. Freud** في أعماله حول "حدود الأنا" و**P. Federn** الذي تحدث عن "الأنا النفسـي و الأنا الجسمي".

فبعد ما كان التركيز على المناطق الغلمية (érotiques) الكلاسيكية المتمثلة في الفتحات الجسمية (les orifices)والتي على أساسها تم تحديد مراحل النمو النفسي – الجنسي وهي المرحلة الفمية والمرحلة الشرجية والمرحلة القضيبية الموافقة لمستوى التثبيت اللبيدي، ومنه نوع البنية أو التوظيف النفسي، وبالتالي في هذه المرحلة كل إضطراب كان يفسر على أساس مرحلة النمو التي ثبت فيها النمو النفسي للفرد.(J.Bergeret, 1992) . ما فتح المجال للإنتقال في وقت لاحق إلى التركيز على سطح الجسم وبالأخص الجلد، بصيغة أخرى إنتقل المحللون النفسانيون من الإهتمام بالمحتويات النفسية المتمثلة في التصورات، الهوامات، الميكانيزمات الدفاعية...، إلى الحاويات بمعنى الأغشية النفسية من أجل تفسير مختلف الإضطرابات أو الإصابات (R. Scelles, 2003) من بينها: البارانويا، الإكتئاب، التوحد كنتيجة لإضطراب الوظيفة النفسية بسبب تعطل أوتصدع عمل الغشاء النفسي لدى الفرد. (D. Anzieu, 2000)

لم تتوقف الإكتشافات عند هذا، بل تمكن الباحثون من تحديد أنواع مختلفة للغشاء النفسي حيث يقول **G.Lavalle**: " Il n'y a d'enveloppe psychique qu'au pluriel "

(D. Anzieu, 2000, P43)

إشارة إلى تعدد الأغشية النفسية ونجد منها:"الغشاء البصري" و"الغشاء الصوتي للأنا" مع العلم أن أنواع الأغشية النفسية لا تقف عند مستوى السجل الحسي بل تتعداه إلى سجلات أخرى مثل "غشاء الحلم" "غشاء العائلة" "الغشاء الجماعي"إذ يرجع الفضل في ذلك إلى التطور الذي تشهده الدراسات في هذا المجال، نذكر منها دراسة قامت بها**M. Corbetta (1997)** بعنوان:

(Représentation du corps et de la personne au Maroc)التي تناولت الرعاية الأمومية كما وكيفا حتى تحدد طبيعة التعامل العاطفي حسب الجنس في الحمامات، وتوصلت من خلالها إلى أهمية هذه الرعاية للطفل خاصة في أشهره الأولى من أجل إكتسابه القدرة على الربط بين أجزاء شخصيته وإحتواء نفسه بنفسه لاحقا بصيغة أخرى يستدخل وظائف الغشاء النفسي من خلال العلاقة جسم لجسم(corps à corps). بناءا على هذا العرض نلمس أهمية الأم من خلال الوظيفة التي تؤديها في تكوين غشاء نفسي سليم إنطلاقا من علاقتها بطفلها.

ما دفع بي للإنتباه إلى هذا الموضوع هو وجود أطفال ينتمون إلى شريحة الصم، أي الأطفال الذين فقدوا قدرتهم على السمع والكلام نتيجة حرمانهم من حاسة السمع، ما يجعلهم يعتمدون على لغة الإشارة والقراءة على الشفاه كونهم فقدوا اللغة اللفظية في تواصلهم مع الآخرين، لكن الدولة الجزائرية قامت بإنشاء مدارس خاصة بهم، وتعرف بمدارس صغار الصم (E.J.S) لحماية ودمج ما يعرف بفئة ذوي الإحتياجات الخاصة، إذ نعد حاليا ما يفوق 3 ملايين صم بالجزائر (O.N.S, 2009)

من المؤكد أن الأطفال الصم يعتمدون على لغة غير متداولة عند العامة، مما يعوق سهولة الإتصال بين الأصم والمحيطين به، وعليه ما أثبتته دراسة كاثرين ميدوج (1998) والتي تناولت فيها دراسة المشكلات السلوكية والإنفعالية لدى الأولاد والبنات الصم، أوضحت نتائجها أن الصم يظهرون نوع من الميل إلى اللامبالاة والتمركز حول الذات بالإضافة إلى مشاعر النقص والعدوانية التي تتضح في علاقاتهم مع المحيط الإجتماعي في حياتهم اليومية. ورد ايضا في دراسة أخرى قام بها الباحث إلتيين سنة (1996) في دراسة حول العوامل المؤثرة في حياة الصم وإنعكاساتها على سلوكاتهم وشخصياتهم، أثبتت نتائجها أن هؤلاء الأطفال الذين خصتهم الدراسة وعددهم 140 خاصة الذكور منهم يميلون الى الانطواء في بناء علاقاتهم الاجتماعية مع غيرهم من الاطفال العاديين، وتبين أن فرص النمو

الإجتماعي للطفل الأصم، تتأخر كلما تأخر إكتشاف إعاقته وعليه تفرض هذه الإعاقة نوع من التصلب والجمود تجاه مواقف الحياة اليومية ما يجعله يتأخر على مستوى النضج النفسي والإنفعالي.

يتضح من ما سبق أن الأطفال الصم يعانون من إنعكاس الإعاقة السمعية على سلوكاتهم نتيجة شعورهم بالنقص والإحباط، إذ يعود ذلك إلى عدم قدرتهم على توصيل أفكارهم وأحاسيسهم للغير.

إذن فالطفل الأصم هو فرد يتقاسم معنا الحياة اليومية أين يحاول أن يدمج نفسه في المحيط الذي يعيش فيه كون إعاقته تتمحور حول صمم خلقي (une surdité congénitale) أين يجد نفسه منذ الولادة وجها لوجه مع هذه الإعاقة التي تفرض عليه أن ينشأ ويتكون في جسم متلف أو ناقص ، كون السلوك التعلقي السائد عند الطفل في مراحله الأولى من (نظرات، إبتسامة، مص..) والمعاش اليومي من (الشعور بالجوع، الخوف، البرد...) يحويه محيط معين ونقصد بذلك الأسرة و على وجه الخصوص الأم، هذا راجع إلى تنازل الأم عن إستثمارها النرجسي لذاتها من أجل طفلها المنتظر، الذي تريد ه أن يكون تعويضا عن جرحها القديم المكبوت في لا شعورها، أنها تتأثر من عدم إمتلاكها قضيب، ما يشعرها بالنقص والإحباط وعليه تضع في ذلك الطفل كل رغبتها لإكتساب ما فقدته في صغرها، وهذا السياق يبدأ من فترة الحمل.

لكن ما يستوقفني هو، ماذا يحصل بعد إتصال الأم بواقع التشخيص الطبي، الذي يخص إبنها أي الصمم الخلقي؟ بمعنى إبنها لا يسمع؟ وماذا عن صورة الطفل الهوامي-الخيالي الكامل؟ الذي كان جزءا من "أنا" الأم قبل الولادة (D. Anzieu, 2000) ، باعتبار هذا الطفل الذي أمامها أي بعد ميلاده و الطفل الخيالي الكامل الذي كان منتظرا يمثلان تصوران مختلفان ولكن مرتبطان بنفس الوجدان. كون الطفل جزء من الأم، ومحاط بحب نرجسي لاحدود له ، إذن فكل ما يصيب الطفل يصيب الأم في نرجسيتها، إذ هو إمتداد نرجسي لها، فإنجاب طفل غير عادي يؤدي إلى شعور الأم بالإخفاق في إنجاب طفل مكتمل النمو والذي يعني بصورة شعورية أو لا شعورية أنها ليست كالآخرين، وبالتالي فنظرتها لإبنها تكون كذلك؟ ما يحدد المكونات النفسية الأساسية المستدخلة من طرف الطفل الأصم في تكوين صورة نرجسية عن ذاته. (B.Virole, 1993)

لأن الأمومة بالنسبة للمرأة هي قدرها ومصيرها الطبيعي، فهي ما يكمل أنوثتها حيث تتكرس أنوثة المرأة في أن تصبح أما كأمها و هذا نابع عن التماهي بالوظيفة الأمومية و بصورة الأم عندها.

(R.Perron, 1985)

لكن بعد سنوات من البحث العلمي تجسد التفكير في إيجاد قنوات أخرى للإتصال لدى الفرد الأصم، فظهرت إلى الوجود تقنية أكثر حداثة وفاعلية سميت بالزرع القوقعي، وهي عبارة عن تقنية تجمع بين الجراحة و التجهيز تتمثل في جهاز متعدد الإلكترودات يستخدم لنقل المعلومات الصوتية إلى الأذن الداخلية والعصب السمعي. (محمد عبد المؤمن حسين، 1999، ص47)

إذ نعد حاليا ما يفوق 1000 فرد حامل للزرع القوقعي في الجزائر حسب الإحصائيات المقدمة من طرف البروفسور جناوي رئيس مصلحة الأنف الأذن والحنجرة (ORL) بالمستشفى الجامعي "مصطفى باشا" الجزائر العاصمة منذ 2003 أين إنطلقت هذه العملية بحالتين فقط. إلا أن هذه الإجتهادات التي تعتبر من طرف الباحثين، الأولياء والفرد الأصم بمثابة الأذن الإصطناعية، لا تعيد السمع الطبيعي للفرد، لكنها (أي جهاز الزرع القوقعي) تحسن مقدرته على الإدراك السمعي لكل ما يحيط به من أصوات وإيقاعات كما يمكن إعتبار الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي طفلا مصابا بإعاقة سمعية متوسطة بعد إستفادته من هذا الأخير.

بالرغم من ما سبق ذكره، إلا أن الصمم يبقى قائما كون إنقطاع الإتصال مع العالم الخارجي يحدث بمجرد نزع الجزء الخارجي من هذا التجهيز السمعي قصد الإستحمام أو قبل النوم مثلا ما يشكل مساس بالوظيفة الحسية لحاسة السمع بعد تصليحها، وعليه هذه الثنائية في الأدوار تأخذ حيزا في حياة الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي، وبالتالي تبقى المراحل الأولى من حياة الطفل محل تساؤل عن طبيعة تكون وعمل غشاؤه النفسي من خلال المبادلات الجارية مع المحيط الحاوي من جهة، وما جعله لا يحتك بكل ما هو خارجي قبل عملية الزرع القوقعي و حتى بعد ذلك لكن بصورة متقطعة كون الصمم في الأصل هو سبب التجاذب الوجداني الأول الذي يعيشه الطفل الأصم في التفاعلات مع علاقته الموضوعية الأولى مع الموضوع الأول نتيجة الإعاقة السمعية وكذا التجادب الوجداني الذي يعيشه بعد الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي و التي تبعث إلى جسم متلف وعادي في نفس الوقت .

بناء على ما سبق ذكره نطرح التساؤل التالي:

- هل يؤدي الزرع القوقعي إلى إصابة الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون؟

2. الفرضية:

- يؤدي الزرع القوقعي إلى إصابة الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون.

3. الدراسات السابقة :

3-1/ دراسات حول الغشاء النفسي:

قامت الباحثة **M. Corbetta (1997)** بدراسة أنتروبولوجية نفسية تحت عنوان

(Représentation du corps de la personne au Maroc)

تمت هذه الدراسة داخل الحمامات المغربية، من أجل رصد أفعال الأمهات اتجاه أطفالهن ونوع الرعاية المقدمة، إعتمدت فيها على الملاحظة المباشرة وخلصت إلى أن الأم لا تلمس الطفل بحنان بل تحك (Frotte)، تضغط (Presse)، وتقتلع (Arrache)، إلا أن الطفل لا يستطيع الفرار من بين يديها لأنها تمسكه بإحكام بين رجليها مستسلما للحك الذي يدوم ساعات، بمجرد بلوغ الطفل بضعة أشهر تأخذه الأم إلى الحمام ويستمر الذكور في الذهاب مع الأم إلى غاية 6-7 سنوات، كما لاحظت الباحثة أن التعامل العاطفي للأم ، نوعا وكما يكون مختلف حسب الجنس (أنثى ،ذكر).

كما درست طوبوغرافيا الحمامات القديمة ولاحظت أنها تقدم نكوصا إلى عالم الأطفال وحتى إلى العالم الرحمي من خلال التعامل وردود الرطوبة والحرارة التي تتميز بها، وكنتيجة من خلال التعامل وردود الأفعال الإنفعالية، الطفل يصبح واعي بحدود جلده الشيء الذي يمثل قاعدة للإندماج النفسي الأول.

إستندت هذه الباحثة على أعمال **E. Bick (1964)** التي ترى أن الجلد يعمل في بداية الحياة كحاوي بإمكانه الربط بين مختلف أجزاء الشخصية في الوقت الذي تكون فيه عاجزة عن الترابط فيما بينها. وردود الطفل المتمثلة في التمسك والتعلق بالأم أثناء الإستحمام فسرتها بحاجة الطفل إلى أن يكون ممسوك ومحتوى بجسم الأم في الأشهر الأولى حتى يكتسب الطفل القدرة على الربط بين أجزاء شخصيته وإحتواء نفسه بنفسه لاحقا من خلال العلاقة(Corps à corps) ومن خلال اللمس.

قامت الباحثة**H. Stork (1998)** بدراسة أنتروبولوجية سيكولوجية ما بين الثقافات بعنوان"الطفولة الهندية" (L'enfance Indienne) ، مستندة فيها على أعمال كل من**D.W. Winnicott (1969)** و **E. Bick (1964)**وعلى النصوص الهندية ولغتها الأصلية، حيث اعتمدت على الإستماع وعلى الملاحظة المباشرة وعلى الملاحظة الغير مباشرة باستعمال آلة تصوير، من أجل رصد التفاعلات بين الرضع وأمهاتهم في حالات الحزن والفرح.

توصلت إلى أنه حتى لو كان النظر(Le regard)هو موضوع الدراسة فالإدراك اللمسي وسطح الجسم بإمكانه أن يكون ذا دلالة وظيفية للنمو الفزيولوجي والنفسي للرضيع واعتبرت الجلد la Peau أول نسيج محدد (Membrane de délimitation)ما بين الأنا واللاأنا، كغشاء نفسي للتكونات الأولى للشخصية.

لقد ركزت في دراستها على الرعاية الأمومية المبكرة لدى الثقافات البوذية والهندوسية، وخاصة فترات الحمام (Le bain) والرعاية التي تصاحبه حتى في فترات النوم.

لاحظت أن كل رعاية الأم تقدم بيد عارية وبدون قفازات ولا إسفنج (Eponge)، كما أن الطفل يكون مسنود بشكل مستمر بجسم أمه، هذا النوع من التواصل الجسدي يضمن بين الشريكين حوار لمسي. وخلال كل الرعاية التي تقدمها الأم لطفلها تكون مرفوقة بأم أكبر تعطيها الخبرة أو بأم أصغر تنقل إليها الخبرة، حتى تكون الأم مدعومة في قيامها بوظيفتها بالسند العائلي، وهكذا تكون متفرغة بشكل تام كما يقول **D.W. Winnicott (1969)**: (Une mère disponible et dévouée). من خلال وضعيات الرعاية والحضور الدائم والحركات المطمئنة، تضمن الام لطفلها الأمن العاطفي اللازم لنموه الجسمي والنفسي، انطلاقا من الرعاية جسد لجسد (Corps à Corps) وجلد لجلد(Peau a Peau) التي تتميز بها الرعاية الأمومية الهندية والتي من خلالها يقوم الطفل باستدخال وظيفة الإحتواء ، بحيث تمثل الأم الموضوع- الغشاء(L’objet-enveloppe) الذي يسمح فيما بعد بتكوين ذات حاوية بإمكانهاتادية بدور احتواء الموضوع، وتستمر رعاية الأم حتى عند النوم حيث تقوم بلمس الطفل لمسا خفيفا (Effleurement) .

انطلاقا من هذه الدراسة تخلص **H. Storck (1998)** الى أن الأم تمثل غشاء صوتي من خلال التبادلات البصرية وهنا تقول:"...الألفاظ الحنونة التي تتلفظ بها الأم تغلف (Enveloppent) الرضيع"قامت المختصة النفسية في العلاجات باللمس **T. Field(2001)** بدراسة تحت عنوان (Le bien fait du toucher) ركزت فيها على الحاجة إلى اللمس وهي دراسة حديثة متكونة من عدة أجزاء، وجرت في كل من Miami وParis خلصت إلى أن المجتمعات المتحضرة تخاف من اللمس بسبب النظرة الخاطئة لمعنى اللمس الذي يربطه الإعلام بالإساءة الجنسية.

كما ركزت على ضعف العلاقة (Peau à peau) بين الأم والطفل بسبب وجود 50 % من النساء العاملات اللواتي يعدن إلى العمل قبل بلوغ الرضيع السنة الأولى. وإن 60% من النساء لديهن أطفال ما قبل التحضيري، يعملن وهؤلاء الأطفال يؤجر لهم حراس ويتم إلزام هؤلاء بعدم لمس الطفل. يتكون اذن عند بعض الآباء الخوف من لمس أطفالهم في الوقت الذي يكون فيه هؤلاء بحاجة إلى اللمس الذي

يتكون من خلاله الغشاء النفسي، وحتى يبقون على قيد الحياة، مثلما وضحه **R. Spitz (1965)** في أعماله حول (L'hospitalisatisme).

ترى هذه الباحثة أنه بينما في الهند و أوغندا واليابان يقاسم الطفل السرير العائلي، أين يتلقى اللمس و الدلك الذي يدخل ضمن الرعاية القاعدية، أما في الدول الأخرى فالآباء يخافون من لمس جسم الطفل، لأنهم يظنون أن هذه الحاجة للمس الطفل يمكن أن يكون لها معنى جنسي، متأثرين في ذلك بالإعلام الذي يقول أن 90% من الإساءة الجنسية تحدث داخل العائلة، أو بسبب أن جسم الطفل رقيق وقابل للإصابة بسهولة.

قامت **T. Field (2001)** بمقارنة أطفال في سن مبكرة في ميامي Miami وباريس Paris تناولت اللمس، التبادلات اللفظية والعدوانية. فوجدت أنه منذ سنوات ما قبل المدرسة الطفل الفرنسي يتعرض للمس أكثر من الطفل الأمريكي توصلت إلى هذه النتيجة من خلال الملاحظة المباشرة لأمهات فرنسيات في حديقة الألعاب (Mc Donald) بباريس، حيث وجدت أنهن أكثر لمسا لأطفالهن من الأمهات الأمريكيات اللواتي تمت ملاحظتهن في حديقة الألعاب (Mc donald) Miami(و.م.أ)، وبالموازاة الأطفال الفرنسيين أظهروا أقل عدوانية من الأطفال الأمريكيين. ومن ناحية أخرى، فإن المراهقين الفرنسيين في نفس مكان اللعب يتلامسون فيما بينهم باستمرار بينما المراهقين الأمريكيين كانوا يلمسون أنفسهم سواء بضم أيديهم حول أجسادهم، أو باللعب بالشعر(شعرهم).

كما قامت بدراسة أثر اللمس على شفاء الشخص المريض، الطفل أو البالغ، في الأماكن الإستشفائية وخلصت على أن الشخص الأكثر لمسا يشفى بسرعة، وقارنت بين الجنسين فوجدت أن النساء هن أكثر لمسا من الرجال، وكنتيجة فهن أسرع في الشفاء.

قسمت في هذه الدراسة العينة إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى تتم طمأنتها بالكلام فقط والمجموعة الثانية تتم طمأنتها بالكلام وباللمس.

وكانت النتيجة: من بين 40 حصة اعتمدت فيها على التهدئة والطمأنينة بالكلام فقط، سبعة(07) فقط كانتا فعالة في تهدئة الأطفال، بينما عندما إستخدمت الكلام واللمس فقد كان فعال لـــ 53 حالة من بين 60 حالة.

كما قام فريق Miami باكتشاف طريقة علاجية باللمس، طبقت على عينتين من اللمس، الأولى هي التي تقوم بلمس وتدليك أطفال صغار، والثانية هي التي تخضع لعملية اللمس والدلك، فكانت النتيجة كمايلي:

تغير في نمط العيش، زيادة العلاقات الإجتماعية، تحسن صورة الذات، تحسن النوم، تناقص عدد مرات زيارة الطبيب. إذن إنخفاض المشاكل الجسدية، الشعور بالعجز، إضطرابات الذاكرة، المزاج السلبي، نقص التركيز نقص النوم ، الإكتئاب.

أوصت **T. Field (2001)** في الاخير بضرورة إدماج الدلك في الحياة اليومية للرضيع وللطفل الصغير، بسبب ما يشهده هذا المجتمع من نقص في نسبة اللمس التي سيؤثر على تكون الغشاء النفسي لدى الأطفال.

3-2/ دراسات حول الزرع القوقعي:

أكد كل من **Gontaz & Woodworth (2000)** في الدراسة التي أجرياها على أطفال يعانون من إعاقة سمعية شديدة نتيجة لصمم خلقي لديهم،و العينة إحتوت على 80 طفلا، ممن إستفادوا من عملية الزرع القوقعي في سن الثالثة في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين 2000 و 2004، من أجل ملاحظة التحسن في مهارات التواصل اللغوي وسمع الكلام لزارعي القوقعة من خلال متابعتهم لفترات طويلة،في كل من مدى الإندماج الإجتماعي و المدرسي خاصة، بناءا على الملاحظة المباشرة، فتبين أن لغة الطفل و كذا رصيده اللغوي يتحسنان دوما مع تقدمه في السن من خلال إتصاله اليومي مع محيطه نتيجة فكه لقيود الصمت التي كانت محيطة به بناءا على إلتزامه في حمله لجهاز الزرع القوقعي.

كما أثبتته الدراسة أيضا، كلما كان عمر الطفل صغيرا، أي التدخل مبكر ا من أجل إجراء عملية الزرع القوقعي كلما كان ذلك أفضل، وهذا ما أشارت إليه النتائج بعد خمس سنوات من المتابعة أي أن الأطفال الذين يقل أعمارهم عن خمس سنوات هم أكثر إستفادة من زراعة القوقعة إذا ما قورنوا بغيرهم.

ورد أيضا في دراسة قامت بها **C. Colin (2003)**، حول أهمية تشخيص الصمم الخلقي مبكرا إذ أصبح بإمكان المختصين تشخيصه بعد ميلاد الطفل مباشرة حتى يسمح لهم القيام بعملية الزرع القوقعي عند 24 شهر أو أقل بمعنى 12 شهر، ما يجعل إمكانية التدخل من أجل نمو سمعي أفضل وتطور

لغوي ولفظي أحسن لدى الأطفال الصم، حتى يصبح جهاز الزرع القوقعي أكثر فاعلية عند الأطفال الذين إستفادو من هذا الجهاز عند السنة الأولى من حياتهم، وكان ذلك الأثر الكبير في إيجاد قنوات إتصال تسمح بفك العزلة والصمت عند الأطفال الصم.

تأكيدا لذلك الدراسة التي قام بها كل **Svirsky et Hold (2004)**، في دراسة مقارنة حول طبيعة التدخل عند الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي، بناء على أهمية المعلومات البصرية في نمو وتطور اللغة عندهم، وإحتوت العينة التي خصتها الدراسة على 96 طفلا ممن إستفادوا من جهاز الزرع القوقعي قبل السن الرابعة أي في السنة الأولى من حياتهم.

خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

كون الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي الذين إستفادوا من هذا الأخير في السنة الأولى من حياتهم وجدت لديهم إستجابة عالية، ونمو متقدم على المستوى المعرفي راجع إلى تخزين المعلومات البصرية في الإتصال مع المحيط الخارجي وما رافقه من أصوات، في حين تبقى لديهم التبعية إلى القناة البصرية وكذا الذاكرة البصرية في إتصالهم مع الآخرين حتى بعد الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي، وهذه الخاصية تكون أكثر شدة ووضوح عند الأطفال الذين إستفادو من هذا الأخير بعد سن الرابعة لكن ما يلفت الإنتباه هو إمكانية تطوير القدرات المعرفية، عند عرض هؤلاء الأطفال على تكفل يتيح إعادة التأهيل عن طريق عرض المعلومات البصرية في الإتصال اللفظي.

يتضح أيضا عند الأطفال الذين خصتهم الدراسة، أنهم تمكنوا تدريجيا من إستعمال المعلومات السمعية البصرية المتاحة لهم والمدركة بطبيعة الحال من طرف القناة السمعية، المصلحة والمتمثلة في الجهاز السمعي اي الزرع القوقعي، الذي يعتبر بدوره بديل للصمم وبالتالي للإصابة الحسية أي لحاسة السمع لديهم، حتى يتمكنوا من تنمية الإنتاج اللفظي و كذا العمليات المعرفية في مجال زمني محدد في 4 سنوات من حمل الجهاز.(Servisky et Hold, 2005)

4. أسباب إختيار الموضوع:

ما دفعنا إلى إختيار هذا الموضوع هو الرغبة في دراسة إ نعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي لدى الطفل المصاب بصمم خلقي في مرحلة الكمون، فبعد أن تعرفنا على هذا التجهيز السمعي الحديث (الزرع القوقعي) في الجزائر، تولدت لدينا الرغبة في القيام بدراسة حول هذه الشريحة بالضبط ، من

خلال المكان و الوضعية التي تخص الطفل الذي يستفيد من أذن إصطناعية من جديد، أي جهاز الزرع القوقعي قصد معرفة إنعكاسه على الغشاء النفسي.

5. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذا البحث في إمكانية بناء دراسة علمية وفق منهجية وأسس علمية سليمة، إنطلاقا من فكرة نابعة من بحوث سابقة لهذا فإن الأهمية تكمن في التوجه النظري الذي بنيت عليه محتوى الدراسة بمعنى رؤية ودراسة وبحث الموضوع من الجانب التحليلي، بمعنى تحت منظور النظرية التحليلية. وكذا التعرف والتقرب بصفة معمقة إلى مكونات الغشاء النفسي، ما يعني العودة إلى المراحل المبكرة من النمو ومعرفة مسار وطريقة تكون الغشاء النفسي.

بالإضافة إلى محاولة جمع الدراسات التي تخدم الموضوع بالصيغة التي تعمل على فهم أبسط وأوضح، لتعقيدات ومشاكل الحياة بالعودة الى المراحل المبكرة من النمو، وفهم تفسير نظرية التحليل النفسي التي تعطي أهمية بالغة لهذه المراحل، وتعتبرها الأساس في تكوين شخصية الفرد.

كما رزيد أيضا تبيان أهمية المتابعة والتكفل النفسي لهذه الشريحة بعد الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي، و كذا إظهار أهمية المحيط في أداء دور المحيط الحاوي لهذا الطفل أي الطفل الحامل للزرع القوقعي بعد تصليح وظيفته الحسية، أي السمع من خلال إنعكاس الزرع القوقعي على غشائه النفسي .

6. أهداف الدراسة :

يتمثل الهدف من هذه الدراسة في التركيز على ما يخدم البحث بالدرجة الأولى، بمعنى جمع المعلومات وتقصي الصمم الخلقي لدى الطفل الحامل للزرع القوقعي من خلال دلالته، والذي يجيب على فرضية البحث بالإثبات أو بالنفي ولا نأخذ بعين الاعتبار الوصف المرضى، ولا التعليق على الإصابات الأخرى نذكر منها الصمم بعد-اللغوي مثلا، وإنما تبقى النتائج التي نسعى ورائها هي إختبار الفرضية العامة للبحث.

7. تحديد المفاهيم:

تتمحور هذه الدراسة حول المفاهيم التالية:

7-1/ الغشاء النفسي:

7-1-1/ التعريف النظري:

عرفه (J.Doron, 2000, p3): "على أنه خط مشترك (**une interface**) يفصل بين مجالين متجاوزين، وفي نفس الوقت يشكل فضاء إلتقاء بينهما ويقصد بذلك الداخل والخارج".

تعرفه (R.Scelles, 2000, p18) كذلك قائلة: "يمكن تصور الغشاء النفسي كمواضيع حدودية، نلمس من خلالها وجود نموذج أولي للتوظيف النفسي المؤسس على وظائف الإحتواء، التصفية، التمييز والربط".

وعرفه (A.Ciccone, 2001, p18) قائلا: "الغشاء النفسي ليس موضوع نفسي في ذاته وليس قوة. الغشاء النفسي قبل كل شيء هو وظيفة تضمنها مجموعة من العمليات (السياقات)".

7-1-2/ التعريف الاجرائي:

إذن فمفهوم الغشاء النفسي يرجع أساسا إلى الإطار التحليلي، كونه صاد للإثارة، وسطح للتسجيل وبالتالي يضمن وظائف الحماية والاحتواء من جهة، وكذا التبادل بين الداخل والخارج من جهة أخرى.

7-2/ الصمم:

7-2-1/ التعريف النظري:

الصم هم الأفراد الذين لا يتمتعون بحاسة السمع حتى تعيينهم على الإندماج في الحياة اليومية

(محمد عبد المؤمن حسين، 2001، ص112)

عرفه عبد المطلب أمين القريطي على أنه " عجز أو اختلال في وظيفة السمع ما يحول دون الاستفادة منها (أي حاسة السمع) فهي بالتالي معطلة لديه" . (عبد المطلب أمين القريطي،1999، ص123)

عرفه أحمد فايق أيضا "هو تلف أو إصابة لحاسة السمع عند الولادة، قبلها أو بعدها وعليه قبل اكتساب اللغة والكلام، أو بعد تعلم واكتساب اللغة والكلام".

7-2-2/ التعريف الإجرائي:

الصمم هو الحرمان من حاسة السمع وبالتالي من الأفكار التي يمكن أن تترتب على الانطباعات الحسية لتلك الحاسة وعليه فالأصم لا يعرف الصوت كالفرد العادي.

يقصد بالأطفال الصم في هذه الدراسة أولئك الأطفال الذين ولدوا بهذه الإعاقة أي (صمم خلقي في حدود ما تمكنهم الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي) ما يجعلهم بالتالي ليس بإمكانهم الإستفادة من حاسة السمع منذ الولادة .

7-3/ الزرع القوقعي:

7-3-1/ التعريف النظري:

هو جهاز متعدد الإلكترودات يحتوي على 22 إلكترود و عند حث تلك الإلكترودات يصبح عددها 161 حتى يساعد على إستعادة السمع جزئيا للأشخاص الذين يعانون من الصمم كونه ممر تحويل للأجزاء التالفة في الجهاز السمعي من خلال حثه للعصب السمعي حتى يمكنه من إستقبال الأصوات

(Dalla Piazza, 2001, p64)

عرفه الدكتور سامر ستا أميني (أخصائي في السمعيات) على أنه "زرع حاسوب صغير يقوم بوظيفة تحويل الإهتزازات الصوتية إلى إشارات كهربائية، وبالتالي فيقوم الجهاز بالتقاط الإهتزازات الصوتية من الوسط الخارجي حتى يرسها إلى الحاسوب الذي يقوم بتحليلها وتضخيمها، ثم ترسل الإشارة إلى القطعة الداخلية المزروعة التي تقوم بإيصال الرسالة الكهربائية السمعية بواسطة أسلاك دقيقة إلى ألياف العصب السمعي، ثم تتابع طرقها كالمعتاد.

7-3-2/ التعريف الإجرائي:

إذن فالزرع القوقعي هو تجهيز سمعي حديث، يعتبر بمثابة أذن إصطناعية تهدف إلى تصليح حاسة السمع عند الصم بمعنى لكي يتيح إمكانية السمع وتحسين القدرة على الإتصال اللفظيلديهم .

7-4/ مرحلة الكمون:

7-4-1/ التعريف النظري:

مرحلة الكمون، هي مرحلة صامتة أو تقريبا، من حيث ظهور الفضولية الجنسية، والهدوء الذي تتسم به هذه المرحلة كونها مستعملة في إكتساب المعارف اللازمة من أجل مواجهة الحياة على جميع الأصعدة لأن قدرات وسبل التسامي تظهر وتستعمل تدريجيا. (Françoise Dolto, 1971, p50)

في تعريف أخر، مرحلة الكمون هي مرحلة من مراحل الطفولة، التي تتميز بتراجع الطاقة الجنسية، التي تتسم بالنشاط لدى الطفل على غرار المراحل السابقة أي(المرحلة الفمية ، المرحلة الشرجية والمرحلة القضيبية) ذلك أن الحواجز النفسية قد رسمت خطوطها وبالتالي صفات الأخلاق والواقع ستقف لتضع نوع من الهدوء في حياة الطفل. (R.Perron, 1985)

7-4-2/ التعريف الاجرائي

مرحلة الكمون هي مرحلة من مراحل النمو التي تخص الطفولة والممتدة ما بين 6و9 سنوات، أين تتسم بإخلاف معنى الواقع وطبيعة العلاقات الموضوعية لدى الطفل. باختلاف المراحل السابقة ونقصد بذلك المراحل التي سبقتها (المرحلة الفمية، المرحلة الشرجية و المرحلة القضيبية) وبالتالي مراحل النضج و النمو، تعرف أيضا بمرحلة الطفولة الوسطى أو مرحلة التمدرس.

الجانب النظري

الفصل الثاني

مرحلة الطفولة والعلاقة أم–طفل

تمهيد

1. مختلف الإتجاهات التي تطرقت إلى العلاقة أم– طفل.
2. مختلف الإتجاهات التي تطرقت إلى العلاقة أم –طفل المعاق.
3. مراحل الطفولة.
4. إحتياجات الطفولة.
5. مظاهر النمو في الطفولة الوسطى.
6. مشاكل الطفولة الوسطى.
7. واقع الطفولة في الجزائر.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الأمومة عماد المشروع الوجودي للمرأة، فالبنت تنشأ منذ صغرها كي تصبح زوجة وأما وتعزز لديها هذه الهوية كي تصبح الأمومة مكونا أساسيا من مكونات أنوثتها وهويتها الشخصية ومفهومها عن ذاتها، ويمثل الطفل مجالا للإفتخار بالإنجاز الذاتي وتحقيق المشروع الوجودي للأم.

(مصطفى حجازي، 2004)

أشارت **H. Deutsch** إلى الأمومة بقولها : "الأمومة هي تعبير نفسي عن خدمة المرأة للنوع أين تفقد خصائصها الفردية فتكون مغمورة بالروح الأمومية، وتكمن أكبر مهمة للمرأة بإعتبارها أما في تأسيس وحدتها مع الطفل بطريقة منسجمة، وفي تفكيكها فيما بعد بصورة منسجمة أيضا"

(H. Deutsch, 2008, p322)

أهم ما يميز الأمومة هو تلك العلاقة العاطفية والبيولوجية القوية والمميزة التي تربط بين الأم وطفلها، والتي تمتد بصورة مستمرة من الحمل إلى العلاقة مع الطفل الفعلي، فمن وجهة نظر بيولوجية ليس هناك تمايز بين الأم والجنين فالأم والطفل يشكلان وحدة عضوية مطلقة ويدير الطور البيولوجي نفسه حاجاتهما معا. (H. Deutsch, 2008, p105)

نجد أن هناك العديد من الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع العلاقة أم–الطفل، وأهم التفاعلات التي تحدث بينهما، ومن بينها أبحاث : ليبوفزي **S. Lebovici** ، ميلاني كلاين **M. Klein** باولبي **J. Bowlby** ، سبيتز **R.Spitz** وكذلك وينيكوت **D.W. Winicott**، وسوف نتناول في هذا الفصل أراء هؤلاء الباحثين حول العلاقة بين الأم والطفل العادي ثم بعدها العلاقة بين الأم والطفل غير العادي وأهم ردود الفعل حول إعاقة طفلها، وكذا مراحل الطفولة، إحتياجات الطفولة، مظاهر النمو، مشاكل الطفولة بالإضافة إلى واقع الطفولة في الجزائر.

1. مختلف الإتجاهات التي تطرقت إلى العلاقة أم– طفل:

1-1/ م.كلاين M. Klein :

طورت كلاين نظرية فريدة للحياة النفسية بتأكيدها على أهمية النمو المبكر للطفل (اللحظات الأولى من الحياة) وعلاقته بأمه، وتركز (ميلان ي كلاين) على الصراعات التي تسبق الأزمة الأوديبية والتي تحدث في العلاقة بالأم، وقد وجدت أن الكثير من أوجه القلق وطرق الدفاع والأخيلة اللاشعورية عند الأطفال يبدأ معهم في سن مبكرة، إذ تحدد مرحلتين في السنة الأولى من العمر تتميز كل منهما بنمط خاص من "العلاقة بالموضوع" وتغطي المرحلة الأولى المسماة "الموقف السادي– الفمي" الأشهر الثلاثة أو الأربع الأولى من الحياة، وفي هذه المرحلة يقيم الطفل علاقات بـــ "موضوع جزئي" وهو ثدي الأم الذي تسقط عليه النزوات اليبيدية (غريزة الحياة) والنزوات العدوانية (السادية الفمية) وعليه يوحي ثدي الأم إلى "موضوع جيد" و"موضوع سيء"، فحين يكون الثدي مصدر إشباع ولذة يصبح "الثدي طيب ومحبوب" ويوجه نزوة الحياة إلى الخارج، وحين لا يؤمن الثدي تلك الإشباعات ويكون محبطا يصبح الثدي "مكروه ومضطهد" سندا لنزوة الموت، وبذلك يحدث إنشقاق الأنا إلى أنا طيب وأنا سيء، ولكن الرضيع يخشى في هذه المرحلة أن يباد من قبل الموضوع السيء والذي يسقط عليه نزواته العدوانية. (مريم سليم ، 2002، ص93)

بعد هذه المرحلة حوالي الشهر الرابع وحتى نهاية السنة الأولى يسمح بتنظيم أفضل لإدراكات الطفل، ويدرك الأم كشخص متمايز عنه ويقيم علاقات بأفراد آخرين ويبرز في هذه المرحلة الموقف المكتئب (Dépressif)، وبعد ذلك سوف توجه النزوات الليبيدية والعدوانية إلى الموضوع الكلي، فيكون الموضوع ذاته الأم، محبوبا ومكروها في الوقت ذاته، وهكذا يختبر الطفل التجاذب الوجداني (Ambivalence) المولد للذنب، فهو يحب أمه التي يحتاج إليها والتي يكون تابعا كليا لها، وبما أن هذه الأم لا تشبع رغباته فهو ينمي إتجاهها عداوة عنيفة تجعله يخشى فقدانها (فيبرز الإنهيار أو الاكتئاب)، وهكذا تظهر إرادات فعل عديدة كرغبة التعويض عن الضرر الذي يسببه لها هواماته، وفي الوقت ذاته يكف الأنا عن تجزئة نفسه ويتجه إلى تكامل أفضل. (مريم سليم2002، ص93)

1-2/ ر.سبيتز R. Spitz :

لقد قام "**سبيتز**" بأبحاث كثيرة حول نمو الطفل وعلاقته بأمه، وحاول بواسطة الملاحظة المباشرة والتحليل الدقيق أن يقدم وصفا لتنظيم الطفل لعلاقاته بالأشياء والأشخاص الموجودة في المحيط وخاصة الأم، وبحسب "سبيتز" فإن المولود الجديد يكون في حالة عدم تمييز وإعتماد كلي، ولا يستطيع الحياة بواسطة وسائله الخاصة، فيتخلص من هذا الإعتماد ويصبح مستقلا خلال عملية النمو (يعارض "**سبيتز**" **ميلاني كلاين** في وجود "أنا و"أنا أعلى" عند الطفل الصغير، ذلك أن "الأنا" ينظم بعد الشهر الثالث).

يرى "**سبيتز**" بأن التطور النفسي للطفل يتأثر بوجود منظمات تعين مراحل النمو حيث تعمل الحالة النفسية في كل مرحلة حسب نظام جديد، أما المنظمات الثلاثة الأساسية فهي:

1 -الابتسام (2-3أشهر).

2 -الخوف من الوجوه الغربية (المعروف بقلق الشهر الثامن).

3 -إستخدام الطفل لكلمة "لا" خلال السنة الثانية من العمر .(مريم سليم، 2002، ص95-96).

1-3/ ج.باولبي J. Bowlby :

يعتبر "**جون باولبي**" من أهم الكتاب الذين تكلموا عن العلاقة أم-طفل، ووضع نظرية كاملة حول التعلق (l'attachement)، ولقد وضع "باولبي" بالتعاون مع فريق من كبار الإختصاصيين من أبرزهم "بياجي" و"سبيتز" تقريرا عن آثار الإنفصال عن الأم، صدر عام 1951 بعنوان "الرعاية الأمومية والصحة النفسية" ومن الأفكار الرئيسية في هذا التقرير، أن العلاقة مع الأم هي المنظم النفسي الذي يوجه نمو الطفل في المراحل الحرجة، على غرار منظمات النمو العضوي، فالأم هي "أنا" الطفل و"أناه الأعلى" (مرجعيته الخلقية والمعيارية) خلال إكتسابه قدرة التنظيم الذاتي(self-regulation) ويتخلص الإستنتاج الأساسي القائم على هذه المادة العيادية العلاجية الغنية في ان ينمو الطفل على صعيد صحته النفسية من خلال عيشه خبرة علاقة دافئة، حميمة ومستمرة مع الأم أو بديلتها حتى يجد في كل منهما متعته ورضاه. ولكن بالغ "**باولبي**" في أهمية دور الأم حيث جعل دور الأب ثانويا من خلال المساندة العاطفية للأم، ولقد تأثر في ذلك بإعداده التحليلي تبعا لمدرسة ميلاني كلاين.

(مصطفى حجازي، 2004، ص187-188)

قام المركز الوطني الفرنسي بتطوير دراسات التعلق، حيث قام عدد من الإختصاصيين (أطباء، علماء نفس، إثيولوجيا) بتصوير آلاف الفيديو للتفاعل بين الأم ومولودها الجديد في عيادة الولادة التابعة للمركز وحللولها تحليلا دقيقا وخرجوا من ذلك بنتائج تؤيد نظرية التعلق، ولقد إتضح أن التفاعل بين الأم والطفل يبدأ منذ المرحلة الجنينية وفي الأسابيع الأولى من حياة الطفل (عكس ما إعتقده "باولبي" على أن العلاقة الإنتقائية تقوم بعد الشهر السادس. (مصطفى حجازي،2004)

نستخلص هنا أهم المعطيات كما أوردها الباحثون في المركز وعلى رأسهم: **L. Montagnier** وجد من هذه الأبحاث وسواها أن المولود الجديد يستجيب للروائح منذ الأيام الأولى كالكبار تماما، يأنس للروائح الطيبة وينفر من الكريهة، وهو ما يؤسس لعلاقة ألفة مع المحيط الذي يتميز بهذه الروائح، ومنها رائحة الأم، فلقد أثبتت أبحاث هذا المركز أن الطفل قادر على تمييز رائحة ثدي أمه وعنقها منذ اليوم الثالث لميلاده عن رائحة أي إمرأة غيرها. (مصطفى حجازي،2004، ص191)

يقول هؤلاء الباحثون أنه يبدوا وكأن الطفل يرسم خريطة كيميائية لرائحة الأم وهذه بدورها تتعرف على رائحة مولودها في نفس الفترة مما يقيم بينهما علاقة شمية وتفاعل شمي يستجيب الطفل من خلاله لاحقا بالإرتياح لأي قطعة قماش تحمل رائحة ثدي الأم خلال أسبوعين من ميلاده.

أما على المستوى الصوتي فحساسية الطفل مبكرة جدا لدقات قلب أمه، حيث يستجيب الجنين لها منذ الأسبوع الخامس والعشرين، كأن الطفل مبرمج وراثيا لوضعية العلاقة الطبيعية مع الأم دون سواها، كما ثبت من تحليل الأفلام أنه يستجيب لرنة صوت الأم حتى وهو نائم، ولقد وجد من تجربة أصبحت كلاسيكية أن الطفل يفضل صوت أمه على ما عداه من الأصوات منذ الأيام الأولى لولادته، وتظهر هذه التجارب مدى تكبير وتعقيد وثقة قدرات الطفل الإدراكية للعلاقة بالأم، إذ الأطفال ينشطون من أجل إثارة وسماع صوت الأم تحديدا والصوت الأنثوي عموما.

توصل البحث من خلال تحليل أفلام و تصوير تجارب حديثة، الى أن الطفل يفتح فمه مع الإدارة إلى مصدر الصوت إستعدادا لإلتقاط حلمة الثدي التي يبدو أنه يتوقعها مقترنة بنفس المصدر، أما الأطفال الذين يرضعون من الزجاجة فإنهم يكيفون حركة الفم بما يتلاءم مع إلتقاط حلمة الرضاعة حين يستدرون برؤوسهم إلى مصدر الصوت، وهو يبرهن على أن الطفل يستطيع أن يحدد إتجاه وجود الأم بشكل إنتقائي ودقيق، ويقوم من اجل ذلك بسلوك كامل ومعقد لمختلف المثيرات التي تأتيه من الأم وحدها دون عداها: الإثارة السمعية، الشمية، اللمسية والحركية العضلية(وضعية الإحتضان بين الذراعين على الصدر).

وجد أن الطفل يستجيب بصريا ومنذ الأسابيع الأولى لصورة أو وجود شخص أخر. ويحاكيه: يفتح عينه، فمه، يمد لسانه و يفتح يده عندما يقوم النموذج الإنسان بهذه الحركات. و كذلك يكشر أو يبتسم لنفس الإشارات، وهو ما يدل على قدرات الطفل المبكرة على التفاعل وجها لوجه والإستجابة الحركية لما يراه بصريا منذ الأيام الأولى للميلاد.

في تجربة أصبحت كلاسيكية بدورها حول قدرة الطفل على تمييز وجه أمه، وجد أن الطفل يستجيب أكبر إستجابة لوجه الأم مقترنا بصوتها، ثم وجه الأم مع صوت إمرأة غربية، ثم امرأة غربية مع صوت الأم منذ سن الأسبوعين، إلا أنه اتضح أنه يستجيب بالإنزعاج للتناقض ما بين الوجه والصوت المتباينين:وجه الأم مع صوت إمرأة غريبة، ووجه إمرأة غريبة مع صوت الأم.

(مصطفى حجازي2004، ص191-192-193)

أما **M. Ainsworth**: فلقد طورت العمل من المستوى العيادي العلاجي إلى مستوى البحث الميداني، من خلال الملاحظة المعمقة لتفاعل الأم والطفل، فمنذ الميلاد يبدي الطفل ميولا إلى الإقتراب من الأم وهو ليس نتيجة تعلم بل هو حاجة فطرية لها وظيفة أساسية هي حفظ النسل وهي تدفع بالأم إلى الإهتمام بصغيرها وإعطائه الحنان والحماية وتلبي حاجاته، بتطور هذا السلوك مع نمو الطفل.

وتشير **M. Ainsworth** إلى مراحل:

1. البكاء، التقلص، المص،....
2. البكاء، المص، الإبتسامة، التصويت وفي آخر هذه الفترة تظهر حركات الزحف، الترحيب، إشارة الأيدي (خذني).
3. ملاحقة الام بالزحف، المشي، الترحيب عند رجوعها، البكاء عند غيابها.

هذا السلوك الفطري أساسي لتكوين العلاقة، وفي دراسة لـــ **M. Ainsworth** على أمهات أطفال صغار تقول الأمهات أنها تهتم بالأطفال أكثر مما تريد لأن الطفل يحتج ويجبر الأم على الإهتمام به (صراخ أو بكاء أو متابعة أو إغراء). (بدرة معتصم ميموني، 2005، ص179)

1-4/ د.و.وينيكوت D.W. Winnicott :

"**وينيكوت**" هو طبيب أطفال ومحلل نفساني، قدم نظرية حول الإهتمامات الأمومية الأولية، وفي هذه النظرية أشار إلى قدرة الأم على التماهي بطفلها وتلبية حاجاته، تتطور بحسب "وينيكوت" الإهتمامات الأولية الأمومية خلال مرحلة الحمل، وتستمر بعض الوقت بعد الولادة مما يحمي الطفل من قلق الإنفصال ويمكنه من إثراء ذاته دون صعوبة. يعتبر "**وينكوت**" أن دور الأم أساسي وفي هذا الصدد صاغ مفهوم الأم الطيبة بشكل كاف(la mère suffisamment bonne) والذي يعني بأن تكون الأم قادرة على عدم التسبب للطفل بصعوبات أكثر مما يستطيع إحتماله، وبناءا على ذلك فقد حدد دور الأم بالوظائف التالية:

1. أخذ الطفل (**handling**): ويعني بها الأعمال التي تتعلق بالجسد مثل النظافة والثياب.
2. الحضور (**holding**) أو الاستعداد لتقديم الدعم المادي الجسدي والنفسي للطفل.
3. تقديم الأشياء (**objet presenting**) وهي قدرة الأم على تقديم الأشياء للطفل في الوقت الملائم، ليس قبل ذلك ولا بعده (**la présentation d'objet**) ، وفشل هذه الوظيفة قد يؤدي إلى بناء "أنا مزيفة" (**Faux self**) فغياب الشيء الوسيط من حياة الطفل يدل على عدم القدرة على احتمال الانفصال عن الأم وبروز الإحباطات المبكرة. (مريم سليم، 2002، ص97، 98)

1-5/ س.ليبوفيزي S.Lebovici:

إهتم "لبيوفزي" بدراسة العلاقة أم-طفل وخلص إلى أن هذه العلاقة تتم في أنواع من التفاعلات: السلوكية، العاطفية، والهوامية، وسوف نتطرق إلى عرض كل نوع على حدى.

1-5-1/ التفاعلات السلوكية Les interractions comportementales :

يدخل الطفل في التواصل مع محيطه وبصفة خاصة مع أمه أين يتبادل معها الرسائل بمختلف الطرق المعبرة، والدراسات حول التفاعلات السلوكية تهتم بطريقة سلوك الطفل وسلوك الأم التي تحكم الواحد بالآخر على الصعيد الجسدي: بصريا وصوتيا. هذه الدراسة تمكننا من فهم دور الحياة الهوامية في السلوكات الملاحظة، نلاحظ كيف أن الأم تستجيب لنشاط الطفل وهل تتكيف كليا مع هذا النشاط مثلا: عندما تضع الأم الطفل على ركبتها يظهر لنا من خلال حركاته أنه يريد النزول إلى الأرض، فالأم يمكنها أن تتكيف مع مختلف السلوكات: يمكنها أن تساعده وتضعه بحذر أو تواصل في الحديث مع الشخص الذي يكلمها، يمكننا إذن الإعتقاد بأن الإشارات المرسلة من الطفل لا تدركها الأم أو حتى إذا

أدركتها لا تؤثر على سلوكها الذي يمكن ان يركز على تغيير وضعية الطفل من على ركبتيها الى وضعية أكثر إستقرار. وكذلك في حالة ما إذا أدركت إهتمام الطفل تفعل الأم عكس رغبة الطفل.

هذا المثال يبين أهمية مفهوم التبادل (réciprocité) في التفاعل كون يتم التبادل بالنظر إلى الطريقة التي يستقبل بها أطراف التفاعل (أم، أب، طفل) إشارات الآخرين وكيف يجيبون عليها، تبقى السلوكات تصف أيضا خصائص أمومية ثقيلة من حيث تأثيرها على الطفل وعلى علاقتهما الحالية والمستقبلية. وعليه فالتفاعل هو سيرورة سياق دينامي الذي يتطور مع الوقت، و بعض الأمهات اللواتي تكنن جافات في البداية يتطورن ويصبحن أكثر إهتماما بإحتياجات الطفل وكذلك الطفل بنضجه يتغير أيضا ويصبح أكثر حذرا و اهتماما لما يحدث حوله. (H.Benony, 2003, p49-50)

1-5-2/ التفاعلات العاطفية les interactions affectives :

يرى **S. Lebovici** أن التجارب الذاتية الداخلية تطور في حوض من العواطف او الوجدانات (**Bain d'affects**) ، فالأم تتواصل بعواطفها، و بترجمة احتياجات ورغبات الطفل، ولهذا تستعمل قدراتها الوجدانية التي تسمح لها بإدراك الحالات العاطفية لطفلها.

يذكر **S. Lebovici** و **W. Halperm** مصطلحات **C. Stein(1971)** التي من خلالها المظهر الأكثر إنبهارا في العلاقة والد– طفل "يخص الطريقة التي يعرف بها كل منهما ما يعيشه الآخر ذاتيا (داخليا)".

ظاهرة الربط العاطفي هو وسيلة إدراك الحالة الداخلية للطرف الآخر، مع العلم انه أثر ترجمة السلوك والدراسات حول التفاعلات العاطفية التي تبين اختلاف وبدائية طرق التعبير الحسي (البصر، الذوق، الشم...إلخ) للطفـل، وثرائهـا يتطـور بفضـل عواطفهـا الحيـوية أو عواطف الحياة (Affect de vie) (H.Bénony, 2003, p50)

1-5-3/ التفاعلات الهوامية les interactions Fantasmatiques :

وضع **S. Lebovici** في عام 1983 بأن مصطلح (التفاعلات الهوامية) قد استخدم من قبل من طرف **B.Cramer**و**L. Kreister** سنة 1981. يرى **س.ليبوفيزي** بأن الطفل هو نتاج رغبات قديمة للأمومة، بمثابة طفل الصراعات الطفولية والكبت الوالدي، والذي هو الصراع الأودبي. و يعبر عن الهوامات الطفولية للأم التي تحب أباها مثل أمها وترغب في الحصول على طفل منه، وكذلك هذا

الطفل هو طفل الجد من الأم، فهو موضوع دين بفعل الشعور بالذنب والحياء اتجاه الجدة من الأم، لأن هذه الخيرة لا تشعر بذلك.

لو ركزنا على تناقل الخصائص النفسية عبر الاجيال في العلاقات أم–بنت انطلاقا من المبادلات اللاشعورية من طرف الجدة (la Grand-mère maternelle) التي تساهم في تكوين هوية الأم من خلال تقمصات غير مباشرة، وبهذا يتم الدخول في الأمومة اي انتقال حقيقي من مكانة امرأة إلى أم.

(Hervé Bénony, 2003, p51)

هوية الأمومة هي نرجسية ويعتبر الطفل ويتخيل أنه (طفل السلف) (enfant ancêtre) بمعنى أنه مكلف بمهمة، فالأم تبدأ برؤية الأحلام بصفة دائمة ابتداء من الثلاثي الثاني من حملها، والأحداث التي يمكن أن تحدث أثناء فترة حملها تؤثر على أحلامها التي تنظم في اللاشعور الوالدين فمثلا: موت أحد الأبوين يمكن أن يؤثر على مصير الطفل وعلى نموه، لكن الم كذلك لديها هوامات حول طفلها التي تعود إلى بقايا أوديب. (H. Bénony, 2003, p52)

بالنسبة **لليبوفيزي** الرغبة في الأمومة والحصول على طفل ما هو إلا إعلان وتصريح للجدة من الأم (la Grand-mère maternelle) المستقبلية بأنها سوف تقفز بدرجة في تتابع الأجيال وبأنها لن تظل "أما". أين لا يمكن صنع شدة أحاسيس الشعور بالذنب للأم و عليه هذا الطفل يأتي أيضا ليحقق أمنية أوديبية مكبوتة وتعطي طفلا مثل أمها التي أعطت طفلا لأبيها، الطفل المتخيل هو إذن، الطفل المعطي للجد من الأم والذي يمثل الموروث.

يرى "ليبوفزي" أنه نهتم مثلا بإختيار إسم للطفل مادام أنه سيحتل مكانه في الحياة الهوامية لوالديه، فالإسم يمكن أن يختار من إعتقادات ثقافية او دينية، يمكن أن يبين أفضلية الجنس للطفل أو المكانة التي خدمت له في الروابط التي تجمع بين الطفل الخيالي والطفل الهوامي. الأول (الخيالي) يأخذ مكانة في النظام العائلي، والثاني (الهوامي) يبين طبيعة إسقاط الرغبات اللاشعورية حول الطفل وهدف اختيار الاسم يسمح بالتساؤل حول العلاقات بين الطفل الخيالي و الطفل الحقيقي والطفل الهوامي.

يعتبر **M. Lefervre (1985)** أن الحداد هو فقدان الموضوع وجرح نرجسي في نفس الوقت، تواجهه المرأة بفقدان الطفل الخيالي، في حين أنه يجب أن ترضى بالطفل الحقيقي الذي يظهر بأنه لم يحقق ما تريده، اذا ما كان حاملا لاعاقة مثلا.

حسب **S. Lebovici** الطفل الخيالي يركز على طموحات الوالدين، التي أسقطت على الطفل وما يمثله بالنسبة لهما (H.Bénony 2003, p52-53).

2. مختلف الاتجاهات التي تطرقت إلى العلاقة أم– طفل المعاق:

إن العلاقة التي تكون بين الأم والطفل العادي تختلف عن العلاقة التي تكون بين الأم والطفل غير العادي وحسب أسامة محمد البطانية (2007) فالطفل غير العادي يقصد به الطفل المعاق المريض أو الطفل المتفوق الموهوب وما يهمنا هو الطفل غير العادي المعاق الذي يندرج ضمن فئة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. (أسامة محمد البطانية، 2007) أي فئة الأطفال ذوي الإعاقات الحسية: نخص منهم الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي ، بمعنى فئة الأطفال المصابين بالصمم الخلقي العميق الذين يتمتعون بإمكانية الاستفادة من جهاز الزرع القوقعي.

قدوم طفل معاق إلى العائلة يؤدي إلى ردود أفعال كثيرة تختلف من عائلة لأخرى حسب تاريخها وخصائصها وإيمانها، فنجد هناك عائلات تبحث عن العلاج السحري والذي سيشفي أبنائهم (علاج تقليدي وطبي) يستسلمون ويعاش المرض كعيب وعار، وهناك عائلات تتقبل الوضع وتبحث عن وسائل و امكاميات لتحسين حالة طفلهم وتربيته دون انتظار المستحيل.

(بدرة معتصم ميموني، 2005، ص204).

تمكن **ل.كانر L. Kanner (1953)** الذي يعتبر أول من إكتشف مرض التوحد، و تمكن من التعرف على ردود الفعل العاطفية عند الوالدين إذ ما وجدت حالة الإعاقة في الأسرة، وتعكس هذه الأفعال الاتجاهات الذاتية للوالدين، ولقد لخص **كانر** هذه الاتجاهات على النحو التالي:

- **<u>الاتجاه الأول</u>**: ويظهر في أولئك الآباء الذين يتصرفون تصرفا ناضجا (mature) يتفق مع واقع المشكلة، فيتقبلون الطفل كما هو ولا تكون هناك مظاهر لأي ارتباك في حياة الأسرة.
- **<u>الاتجاه الثاني</u>**: ويظهر في الآباء الذين يعمدون إلى إخفاء الحقيقة فيرجعون الإعاقة إلى عامل أو عدة عوامل (غير واقعية) ويتجه هذا النوع من الآباء إلى الأطباء والعمليات والوصفات البديلة لمعالجة الطفل الأمر الذي يزيد من إحباطهم.
- **<u>الاتجاه الثالث</u>**: ويظهر بين أباء الأطفال المعاقين وهو إتجاه نحو نكران حالة الطفل فهم لا يرون شيء غير عادي في الطفل.(أيمن فؤاد محمد كاشف، 2001، ص46–47)

وقد صنف عبد العزيز السرطاوي كمال سالم المشاعر التي يمر بها الزوجان بعدة ولادة الطفل المتخلف على :

أ –**مرحلة الانبهار**: أين يصاب الوالدان بالإنبهار عندما يعلمان أن طفلهما حامل إعاقة.

ب –**مرحلة الإنكار**: وتتمثل في رفض الوالدين لإعاقة طفلهما والتشكيك في ما يقوله المختص نتيجة عدم الثقة في التشخيص.

ت –**مرحلة الغضب**: عندما يتأكد الوالدان فعليا أن طفلهما يعاني من إعاقة ما وذلك بعد الرجوع لأكثر من أخصائي، فيغضب الوالد ان كون الحظ لم يحالفهما في إنجاب طفل سليم ولأن أحلامهما لم تتحقق.

ث –**مرحلة الشعور بالذنب**: يشعر الوالدان بالذنب وتأنيب الضمير إزاء إعاقة طفلهما وذلك اعتقادا منهما بأنهما معا أو واحد منهما هو السبب في هذه الإعاقة.

ج –**مرحلة التقبل والاعتراف**: بعد أن يقتنع الوالدان بأن الأمر قد حدث فعلا وأنه لا مجال للتراجع فيه أو العلاج ولا مجال لإلقاء اللوم على أحد الأطراف عليهما أن يتقبلا طفلهما بوضعه الحالي.

(أيمن فؤاد محمد كاشف، 2001، ص47)

يرى الباحث **فريدمان Fredman (1999)** بمناسبة كلامه عن الإعاقة البصرية وتأثيرها على الأم، أن المشاعر والانفعالات المصاحبة لإدراك الأم حول إعاقة طفلها هي التي تشكل بداية تكوين الاتجاه، على الرغم من أن الصدمة واحدة، إلا أننا نجد أن الاستجابة وردود الفعل اتجاه هذه الصدمة، هي التي تظهر على نحو مختلف: "فإما يتكون اتجاه بالرفض الصريح والنبذ والإهمال، فلا تقوم بإرضاعه أو رعايته، وقد لا ترغب في لمسه أو حتى رؤيته "، حيث يكون الرفض هنا قائم على تصور مؤداه (أن هذا لا يمكن أن يكون طفلي الذي كنت أحلم به، لا يمكن أن يكون امتدادا نرجسيا لنا، إنه ليس طفلي ربما يكون قد تبدل فأنا لا يمكن أن أنجب طفلا معوقا) وقد يمتد هذا الرفض في بعض الأحوال ليس فقط بدخول بعض الأمهات في نوبات اكتئاب بل بعضا منهن يصل إلى حد الفصام كتعبير عن رفض وعدم قبول هذا الواقع أو حتى الإعتراف به

وأما في حالة انتهاء مرحلة الصدمة، تتجه الأم الى الرعاية الزائدة لوليدها والذي يكون نتاجا مباشرا لتفجر مشاعر هائلة من الإحساس بالذنب تجاه الوليد، ويقوم هذا الاتجاه على تصور بالنسبة للوالدين مؤداه (أننا نحن المسؤلون عن هذه الحالة وهذه الإعاقة، الطفل ليس له ذنب ومهما فعلنا فلن نعوضه عما تسببنا له). (خالد عبد الرزاق السيد، 2002، ص14)

تتفق **برلنجهام D. Burlingham** و**ميتلر S. Mittler** على أن تفجر أحاسيس الأم بحاجة طفلها إليها ورعايتها له، إنما تقوم أيضا على أرضية من الرفض آخذة شكلا آخر حيث نجد الأم تملأ اذان طفلها بكلمات الحب والاهتمام، ولكنها لا تسمح له بالاستجابة إلى هذا الحب ومبادلتها إياه، وهذا يعني أن عدم تحمل الأم لمشاعر الذنب والعداء والرفض يؤدي إلى تحول في اتجاهها نحو طفلها، فيصبح العداء والرفض والإنكار بما هو امتداد نرجسي مشوه ومعوق، حتى يصبح حبا وشغفا فيكون مقدار الحب والرعاية والاهتمام على قدر مشاعر العداء والرفض والإنكار.

(خالد عبد الرزاق السيد، 2002، ص19)

تقول **D. Burlingham**: "إن أهم وأصعب فترة بالنسبة للأمهات هي تلك اللحظة التي يعرفن فيها أن أطفالهن مكفوفين، حيث يدخلون بعدها في حالة إكتئاب وإنسحاب تدريجي من الطفل، والأمر الأكثر صعوبة أن هؤلاء الأمهات لا تعرفن في تلك اللحظة كيف تساعدن طفلهن الكفيف. وتكون الصورة المتكررة دائما هي لهفة لا نهاية لها، وتبقى تتطلع الأم على الوليد المنتظر والذي طالما تخيلت ملامحه ووسامته ولون عينه وشعره، ثم تأتي الولادة في أعقابها مباشرة يكون الاهتمام الأول لكل أم هو النظر بلا التفحص الدقيق لوليدها تتأمله لترى إلى أي مدى يقترب من الصورة المثالية التي رسمتها له".

أشار **شاهين رسلان (2009)** عند كلامه عن الإعاقة العقلية وتأثيرها على الوالدين إلى أن الآباء والأمهات يكون لديهما عادة آمال وطموحات وتصورات بما سيكون عليه طفلهما المقبل إلا أنهما يصدمان عند ولادة طفل معوق عقليا، حيث تتغير صورهم عن ذواتهم كآباء وأمهات، وكثيرا ما يؤدي هذا الموقف الى الشك والقلق حيث تثير المسائل العادية لمساعدة الطفل على النمو، احباطات وأحاسيس بالعجز نتيجة عدم شعور الآباء بالكفآت الوالدية لإنجابهم هذا الطفل المعوق عقليا، لما يتضمنه من نمو بطيء هذا ما يستدعي بعض الترتيبات الخاصة لرعايته الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية

(خالد عبد الرزاق السيد، 2002، ص20-21)

بين أن الأم تعيش في حالة من القلق والشعور بالذنب والإحباط واليأس والعجز عند مواجهة المشكلة، قد يؤدي بها الأمر إلى تمني الموت لابنهما لأنها تخاف عليه أن يعيش بعدها و لا يجد من يرعاه، كما قد تبالغ في حبه وتدليله نتيجة شعورها بالذنب لاعتقادها أنها السبب في إعاقته. قد يلجأ الوالدان كذلك إلى إنكار وجود الإعاقة في طفلهما، يودي بهم الأمر إلى التشكيك في التشخيص فيترددان على

عيادات الأطباء والأخصائيين النفسانيين بحثا منهما في أن يجدو من يقول لهما أن ابنهما ليس معوق وأنه يعاني من مرض يمكن علاجه، وعدم اقتناع الأمهات بتشخيص الطبيب يلجأن إلى عرض أطفالهن على العرافين للقراءة عليه أو عمل حجاب أو عرضه على أخصائيين في أوروبا وأمريكا. (خالد عبد الرزاق السيد، 2002، ص176–177)

تكلمت **C.Bénony (2003)** في هذا الصدد عن حالات الإعاقة وما تسببه من آلام للواديين، فللمواجهة ضد الإكتئاب يطورون دفاعات الإنكار (**dénégation**) ، ورفض التشخيص، رفض الطفل، الانطواء والعزلة العائلية، الحماية الزائدة للطفل، ويمكن أن يتابعوا مظهرهم الثقافي والديني لإعطاء معنى التجربة المؤلمة والطويلة التي يعايشونها انطلاقا من الإصابة التي يحملها إبنهم.

أشارت **بدرة معتصم ميموني (2005)** إلى أن اضطراب الأم نتيجة إضطراب الطفل وما يثيره من قلق والرفض للعلاقة يحيي أو يثير جرحا نرجسيا وجوديا: كيف لا يعترف بي كموجود؟ لماذا لا يقدر مجهوداتي؟ فالطفل المصاب باصمم أو بالذهان مثل الطفل التوحدي مختلف عن الآخرين ليس طفلا مكافئا بل هو كله إحباط لأنه لا يناسب الطفل الخيالي الذي تصوره الآباء قبل ولادته مما يسبب جرحا نرجسيا ويستلزم الأمر هنا وقتا هام كي يستطيع الوالدان أن يتعودا على فكرة الطفل المعاق، كما أنه عليهم كل يوم مجابهة الحصر المنبثق من الطفل وحصرهما أمام فشلهما في مساعدته، ومجابهة المحيط الخارجي الصلب الذي يحكم عليهم بالرفض أو الشفقة، التي فيها غالبا نوع من الاحتقار.

في دراسة قام بها الباحث **Searles (2002)** لحالة ذهان مبكر قال هذا الباحث يجب تغيير عنوان الدراسة من "كيف أصبح الطفل ذهانيا" الى "كيف أرجعت أمي مجنونة" حكاية طفل ذي 12 شهرا باعتبار الآليات الحمائية الموجودة عند الذهاني تحدث صدمة وجرحا نرجسيا هاما يصيب الأم في وظائفها الأساسية. (بدرة معتصم ميموني، 2005، ص85)

نتيجة لتطور البحث في هذا المجال توصل العلماء إلى كشف نواحي عديدة من حياة الطفل وكيفية تفكيره وما يشعر به. إنطلاقا من الأبحاث المستمرة في ميدان دراسة الطفولة، تمّ التوصل إلى إصدار مقالات وأبحاث علمية مختلفة، والتي تتضمن معلومات عن كيفية نمو الطفل في شتى النواحي، أين يتم فيها ملاحظته في الوسط الأسري، الدراسي، المجتمع، وحتى في المراكز الخاصة بالأطفال.

مراحل النمو متصلة ومتداخلة ولا يوجد بينها فاصل، فالنمو مستمر عبر كل المراحل ويمكن تقسيمه إلى عدة مراحل، ذلك حسب مميزات كل مرحلة، وسنتطرق الان إلى مفهوم الطفولة، مراحلها،

احتياجاتها، مظاهر النمو في مرحلة الطفولة الوسطى، مشاكل الطفولة الوسطى و واقع الطفولة في الجزائر.

3. مراحل الطفولة:

تتحدد لدى مختلف العلماء من الميلاد إلى اثنتي عشر سنة وعلى أساسها قسمت الطفولة إلى أربعة مراحل هي:

3–1/ مرحلة الرضاعة:

تمتد من الميلاد إلى غاية نهاية السنة الثانية، حيث يقوم الوليد بحركات عشوائية متنوعة سريعة غير متمايزة لا تحقق أهداف معية. كما يولد الطفل مزود بمنعكسات فطرية كالمص، القبض، استجابات الصرّاخ، والحكة وبالتدريج يستطيع الطفل التمييز بين أعضائه وبين الموضوعات الخارجية المحيطة به.

حسب مدرسة التحليل النفسي فإنّ هذه المرحلة تسمى بالمرحلة الفمية وهي علاقة إرتباطية تعلقية بين الطفل وأمه، لأن الرضيع ها هنا لم يتعلم بعد التحكم في حاجاته ويكون الإشباع على أساس مبدأ اللذة، وبنهاية هذه الفترة بحوالي 24 شهرا تبدأ المرحلة الشرجية حيث تمثل التحكم في البراز والبول وتتميز هذه الفترة تقريبا بالتجاذب الوجداني.

3–2/ مرحلة الطفولة المبكرة (3 – 6):

هي فترة ما قبل الدراسة وتتميز هذه الفترة بالاتزان الفيزيولوجي والعضوي فتنمو العضلات الكبرى ثم الصغرى، فالأطفال خلال هذه المرحلة ينجحون في حركات المشي والقفز والجري، بينما يفشلون في الحركات التي تتطلب الدقة والتناظر كالكتابة والرسم، وشد فضول الطفل جنسيا، وحسب "فرويد" تعرف هذه المرحلة بالمرحلة الأوديبية أين تكون الأم موضوع الرغبة.

3-3/ مرحلة الطفولة الوسطى (6 – 9):

يكون الطفل قد اكتسب اللغة بشكل جيد ويلتحق بالمدرسة ويميل إلى اللعب الجماعي و بناء العلاقات الاجتماعية، كما يتميز بالاستقرار الانفعالي نتيجة لإشباع دائرة معارفه، وكثرة اتصاله بالعالم الخارجي ،وتعرف ايضا بمرحلة الكمون عند "فرويد".

3-4/ مرحلة الطفولة المتأخرة (9 – 12):

يطلق بعض العلماء على هذه المرحلة مرحلة ما قبل المراهقة، وهي مرحلة النشاط الحركي الواضح، إذ نلاحظ الزيادة في القوة والطاقة الحركية، ويظهر التوافق الحركي وتزداد الكفاءة والمهارة اليدوية ويستطيع التحكم في عضلاته الدقيقة.

4. إحتياجات الطفولة:

يجب توفير الحاجات الأساسية للطفل وذلك نظرا للدور الذي تلعبه في سلامته وسلامة نموّه بحيث أن هذه الحاجات تمثل ضمانا لتحقيق الأساليب الإنسانية والوقائية والعلاجية وعدم إشباع هذه الحاجات يؤدي إلى حدوث أضرار جسمية ونفسية للطفل

4-1/ الحاجة البيولوجية:

نذكر منها الحاجة للأكل والشرب، الدواء... وتوفيرها هو ضمان سلامة الطفل من الأمراض، لأنه يحتاج بصفة مستمرة إلى العناية الكبيرة بصحته حتى لا يكون عرضة للأمراض، وهذا يقتضي بتوفير وتهيئة ضرورية وصحية مناسبة للطفل حتى ييسر له الاحتفاظ ببناء بيولوجي قوي.

(حامد عبد السلام زهران، 1981)

4-2/ الحاجة إلى التقدير الاجتماعي:

إنّ الاهتمام بالطفل وتقديره واحترامه يمثل إشباعا عاطفيا للطفل، ويساهم بصورة كبيرة في تكوين شخصيته وتنمية قدراته وإثراء معايير القيم فيه، وغرس الأخلاقيات المجتمعية التي تمكنه من التكيّف الاجتماعي. فالطفل العادي يشبع حاجاته هذه أولا في أسرته، أمّا الطفل الحامل لإعاقة سمعية في الحي الذي يقيم فيه هو المسؤول عن إشباع هذه الرغبة لديه وذلك من خلال نظرته إليه وتقديره كإنسان

معاق سمعيا آلت به هذه الإصابة إلى مكان تواجده سواء كان في مدرسة صغار الصم أو في متابعة بديلة من طرف الأخصائيون في السمعيات و اللغة قصد إعادة تأهيله.

4-3/ الحاجة إلى الحب والحنان:

الحب والحنان هما من الحاجات الأساسية التي يشترك فيها الطفل والبالغ على حد سواء والتي يسعى كل منهما إلى إشباعها كحاجة المرء إلى أن يكون محبوبا.

لا شك في أنّ الطفل ليس بإمكانه أن ينمو نموا سليما ومتناسقا على الصعيدين النفسي والمعنوي إلاّ إذا أشبعت حاجته العاطفية، فالطفل يجب أن يشعر أنّه محبوب ومفهوم

4-4/ الحاجة إلى الحرية والاستقلال:

يحتاج الطفل إلى قدر من الحرية تمكنه من التعرف على كل ما يحيط به، كما يحتاج إلى إيجاد شبكة من العلاقات مع الآخرين، لان هذه الحرية التي تمنح له لابد أن تكون مشروطة بقيود إشرافية ومتابعة من طرف الوالدين وبالتالي تمكنه من التحرك دون الوقوع في الخطأ فهي حرية موجهة ومرشدة يمنحها الوالدين للطفل لأنها تمكنه من معرفة ومسايرة المحيط الخارجي بخطى سليمة.

4-5/ الحاجة إلى الأمن والطمأنينة:

تمثل هذه الحاجة الغذاء الروحي بالنسبة للطفل، فالطمأنينة والفرح يظهران ما بداخل الطفل من صفاء ونمو لطبيعته، كما تظهر طبيعة الطفل وإنسانيته بوجه عام وهي تتحقق من خلال إحساسه بالحب والحنان الذي يعتمد على المحيط الذي يعيش فيه، وهذه الحاجة تتوفر من خلال توفير الحاجيات الجسمية، فهي تدفع الطفل إلى تجنب الأخطار الداخلية والخارجية التي تسبب الألم، فعلى المشرفين على الأطفال سواء الوالدين أو المحيط الاجتماعي مراعاة الوسائل التي تشبع حاجات الطفل الكلية حتى لا يشعر بتهديد أو خطر على كيانه، مما يؤدي إلى وجود موضوع يكون له بمثابة الإشباع والحماية والتواصل. (حامد عبد السلام زهران، 1981)

4-6/ الحاجة إلى تعلم المعايير السلوكية:

المعايير الاجتماعية تختلف من مجتمع لآخر ومن الضروري أن يتعلم الطفل السلوك الإنساني الخاص بمجتمعه، وكلما التزم بالمعايير السلوكية في كل الأنشطة كلما زاد توازنه مع المجتمع المحيط به حيث يرحب المجتمع يمن يحترم هذه المعايير حتى وإن كان من فئات الطفولة ذوي الاحتياجات الخاصة،نقصد منهم الأطفال الصم ذوي الزرع القوقعي ، ولا يأتي إلى إشباع هذه الرغبات إلا من خلال توجيهات الكبار والمشرفين عليه بمساعدته على فهم معنى الحقوق والواجبات وما هو مباح وما هو غير مباح لان هذه التوجيهات تلعب دورا أساسيا في تكوين الضمير الشخصي للطفل والبالغ.

4-7/ الحاجة إلى تقبل السلطة:

إنّ طبيعة أي نظام اِجتماعي يقتضي أن يكون لكل مجتمع من يسير شؤونه، ونفس الطبيعة تقتضي بأن تستند مهام الإشراف على الأطفال إلى من ترشحه مؤهلاته والتزاماته الاجتماعية، إلاّ أنّ هذه السلطة يجب أن لا تتبع بأسلوب العنف بل بأسلوب ليّن فهو الأقوام حتى تكون معاملة بالتي هي أحسن.

بعد التطرق إلى مراحل الطفولة و إحتياجاتها، سوف نعود الى الطفولة الوسطى بالتفصيل لأنها المرحلة المستهدفة في دراستنا.

5. مظاهر النمو في مرحلة الطفولة الوسطى:

يمكـــن تلخيصـــها فيمـــا يلـــي:

5-1/ النمو الجسمي والفيزيولوجي:

يمتاز الطفل في مرحلة الطفولة المتوسطة بنمو جسمي بطيء، فتتغير الملامح العامة التي كانت تميز شكل الجسم في مرحلة الطفولة المبكرة، وتكون التغيرات في جملتها في النسب الجسمية أكبر من مجرّد الزيادة في الحجم فيصل حجم الرأس تقريبا إلى حجم رأس الراشد. ويتغير الشعر الناعم ليصبح أكثر خشونة، ويزداد طول الأطراف بحوالي 50 % بينما طول الجسم لا يزيد إلاّ بنسبة 25 %، كما يزداد ضغط الدم وينقص معدل النبض، تساقط الأسنان اللبنية وتظهر الأسنان العادية، وتقل ساعات النوم إذ يصل المتوسط إلى غاية 11 ساعة عند طفل بلغ 8 سنوات.

يظهر الفرق بين الجنسين في الطول حيث يكون الذكور أطول من الإناث ويتأثر النمو الجسمي بالظروف الصحية والمادية والاقتصادية وكذا نوعية وكمية الغذاء.

5-2/ النمو الحركي:

يلاحظ النمو الحركي بكثير لدى طفل المدرسة الابتدائية إذ تنمو عضلاته الكبيرة والصغيرة ويحب العمل اليدوي وتركيب الأشياء، امتلاك ما يقع في يداه، يشاهد النشاط الزائد، تعلم المهارات الجسمية والحركية اللازمة للألعاب، تتهذب الحركة وتختفي الحركات الزائدة غير المطلوبة، يزداد التآزر الحركي بين العينين واليدين، تزداد السرعة والدقة ويتبع ذلك نوع من الرضى الانفعالي إذ يستطيع تعلم الكثير بنفسه، فهو يحاول أن يلبس وحده ويشبع بعض حاجاته ويستطيع الكتابة إذ يبدأ بكتابة كبيرة ثم يصغر خطه، وعموما تتميز حركات الذكور بأنّها شاقة كالتسلق والجري، وتكون حركات الإناث أقل كما وكيفا.

5-3/ النمو الحسي:

نلاحظ في هذه المرحلة أيضا تطورا في النمو الحسي خاصة في الإدراك الحسي فيتضح تماما في عملية القراءة والكتابة، فينمو إذن الإدراك الحسي فيستطيع الطفل أن يدرك الزمن وفصول السنة في سن السابعة، وفي الثامنة يدرك الشهور وتزداد قدرته في إدراك المسافات والأعداد، فيتعلم العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب في السابعة والقسمة في الثامنة من عمره، كما تكون حاسة اللمس أقوى عنده من الرّاشد ويزداد التوافق البصري مع حاسة السمع في طريقة النضج، وتدل البحوث أنّ التمييز الشمي عند الطفل في هذه المرحلة لا يختلف عن الرّاشد.

5-4/ النمو العقلي:

إنّ أهم ما يميز الطفل في هذه المرحلة هو التحاقه بالمدرسة أو المؤسسة التعليمية الرسمية ويعتبر انتقاله من البيت إلى المؤسسة التعليمية مظهر من مظاهر النمو لدى الطفل العادي حيث هذه الأخيرة دورا هاما في حياته لأنّها تعلمه خبرات جديدة وأنماط كثيرة من السلوك.

(حامد عبد السلام زهران، 1981)

5-5/ النمو الاجتماعي:

تستمر عملية التنشئة الاجتماعية وتدخل المدرسة كمؤسسة رسمية، فينشغل الطفل بالأم البديلة "في المدرسة " أي المعلمة وتتسع دائرة الاتصال الاجتماعي ويصبح اللّعب جماعيا بعد أن كان يلعب الطفل فرديا وتكثر الصداقات، كما يظهر أيضا الشجار بين الذكور حيث يميلون إلى العدوان اليدوي، أمّا

الإناث فعدوانهن لفظي، كمايتأثر النمو الاجتماعي ايضا حسب علاقة الطفل بوالديه وأسلوب التربية المتبع معه، كما يتأثر بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي للطفل وكذا وسائل الإعلام.

5-6/ النمو الانفعالي:

تتهذب الانفعالات في هذه المرحلة نسبيا عن ذي قبل تمهيدا لمرحلة الهدوء الانفعالي إلاّ أنّه لا يصل إلى مرحلة النضج الانفعالي فهو قابل للإثارة الانفعالية فيتعلم الطفل كيف يشبع حاجاته بطريقة بناءة أكثر من محاولة إشباعها عن طريق نوبات الغضب، ويعبر الطفل عن الغيرة بمظاهر سلوكية مختلفة كالضيق من مصدر الغيرة مثلا. لعل أهم مظاهر النمو الانفعالي لهذه الفترة تتمثل في المخاوف وتكون بدرجات مختلفة لدى الأطفال كالخوف من الظلام وبعض الحيوانات وكل الأشياء الغريبة، وتوجد علاقة وطيدة بين الاضطراب الانفعالي والأغراض النفسية الجسمية وذلك عن طريق تأثير الانفعال على الجهاز العصبي. (حامد عبد السلام زهران، 1995)

6. مشاكل مرحلة الطفولة الوسطى:

تتجلى في مشاكل نفسية أو سلوكية أو اجتماعية، يمكن تلخيصها فيما يلي:

6-1/ المشاكل النفسية:

تعتبر المشاكل النفسية مجموعة من الاضطرابات المرضية الشاذة التي لا تكون لها أسباب عضوية، نفسية واضحة، وإنّما هي مظاهر خارجية لحالات التوتر والصرّاع النفسي والتي تؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية بحيث يكون المصاب بها لا يزال متصلا بالحياة الواقعية.

(محمد الزغبي أحمد، 2001)

6-1-1/ القلق:

يظهر نتيجة لتعارض بين ما يتمنى أن يكون عليه الطفل وبين ما هو عليه حقيقة، إذ هو حالة توقع الخوف والتهديد من المستقبل، ويبدأ القلق عند الطفل بتجربة واقعية فعليه لا يستطيع تفاديه، كفقدان حب الوالدين مثلا، ويصل ذروته عندما يفكر الطفل بخطر حقيقي أو متخيل ومن أعراضه ما يلي: التهيّج، البكاء، الصرّاخ، الوساوس، الأرق، الأحلام المفزعة، فقدان الشهية، التعرق، الغثيان، ... الخ.

تجدر الإشارة إلى ما قد ينجم عن القلق من أثار سلبية سواء على مستوى التحصيل الدراسي، التكيّف والتقدير السلبي للذات باعتبار القلق من بين عوائق النمو.

6-1-2/ الخوف:

يظهر الخوف بكثرة في مرحلة الطفولة وهو انفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التي تدفع الشخص الخائف للهروب. وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات والتغير مع التقدم في السن بحيث يمكن أن تزول بعضها لكي تعوضها مخاوف أخرى، كما يمكن أن تكون مخاوف فطرية أو مكتسبة.

لقد أظهرت الدراسات أنّ شدة مخاوف الأطفال ترتبط بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأفراد أسرته، وكذلك بالمواقف التي تشعره بالتهديد، عدم الأمن... وتكون الإناث أكثر خوفا من الذكور.

نميز 3 أنواع من المخاوف هي:

- **المخاوف الطبيعية:** وهي مخاوف تنجم عن خطر حقيقي خارجي مهدد كالخوف من الحيوانات المفترسة ونجد أنّه بزوال المثير يزول الخوف.
- **مخاوف مرضية:** هي مخاوف من المجهول أي عدم وجود سبب حقيقي يستدعي الخوف، تكون شديدة وتستمر لمدة طويلة، ويمكن أن ينجم عنها مشاعر القلق وأعراض سيكوسوماتية كالقيء، الإسهال، اضطراب التنفس،...الخ. ومن أهم هذه المخاوف المرضية نجد الخوف من الأماكن المظلمة، الخوف من الأماكن الواسعة، الخوف من الحشرات... الخ. وتعد هذه المخاوف من الأعراض الهامة للعصاب.
- **المخاوف المدرسية:** وهي المخاوف غير المبررة من المدرسة وما يتعلق بها وقد ينجم عنها مشاكل كالرسوب، الصدّاع، اضطرابات لغوية... الخ.

6-1-3/ عصاب الوسواس القهري:

لا يظهر الوسواس القهري في الطفولة المبكرة لأنّه يتطلب نموا عقليا معينا، ويكون أكثر ظهور ما بين 8 إلى 10 سنوات فما فوق من حياة الفرد، وأكثر ظهورا في المراهقة ويصيب الذكور أكثر من الإناث. ويظهر الوسواس القهري على شكل سلوك حركي أو فكري مستمر ودوري يتضمن وجود أفكار أو اندفاعات أو مخاوف مع يقين الفرد بتفاهة هذه الوساوس وعدم معقوليتها وأنّها لا تستحق الاهتمام، إذ يحاول الفرد مقاومتها والتخلص منها ممّا يترتب عليه من شعور بالعجز الاجتماعي والألم

النفسي، ومن بين الأفعال القهرية التي قد يعاني منها الطفل نجد الإكثار من غسل اليدين، تبديل الثياب،... الخ.

6–1–4/ فصام الطفولة:

هو عبارة عن حالة ذهانية تظهر بعد السن الخامسة حيث يكون الطفل الفصامي قد عانى من سوء الصحة الجسمية منذ الميلاد مع شيوع مشكلات التنفس والتمثيل الغذائي والهضم ومن أعراضه نجد اضطراب الاتجاهات الزمنية والمكانية، التشوش، القلق بسبب المحيط الذي يعيش فيه الطفل، ظهور الهلاوس والهذاءات... الخ.

أهم ميزة يتميز بها الطفل الفصامي هي التشتت الذهني إذ نجد أنّ معظم الأطفال الذهانيون مصابون بنقص حاد في النمو الإدراكي والعقلي والاجتماعي، ومن أبرز خصائص فصام الطفولة هي النمو اللغوي غير الملائم، الكلام الغريب، العجز عن التعامل مع المواقف الجديدة، نقص في توحد الشخصية، الانعزالية، الحركات التكرارية، السلبية، تبلد الإحساس والاضطرابات الحركية.

(محمد الزغبي أحمد، 2001، ص 96)

6–1–5/ الاكتئاب:

يعكس الاكتئاب عند الطفل اضطراب العلاقة بين الأنا والآخر وقلة الحيلة وانخفاض الحماسة والهمّة، فالاكتئاب هو اضطراب عاطفي يتمظهر بأعراض نفسية وبدنية سريرية (Clinique) تعكس مزاج المريض ومعاناته، وتتدخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية، ثقافية وبيوكيميائية، وراثية، وتركيب الشخصية، ويظهر الاكتئاب أكثر عند أطفال سن العاشرة ويظهر على شكل بكاء، تكرار نوبات الغضب والبؤس. ويمكن أن يكون الاكتئاب سبب للكثير من المشكلات السلوكية عند الطفل كالتبول اللاإرادي، النشاط الزائد، والمشكلات السيكوسوماتية... الخ حيث يظهر كوسيلة لتغطية الشعور بالاكتئاب. إنّ بعض الأطفال بين 8 إلى 10 سنوات يهددون بقتل أنفسهم عند غضبهم الشديد و يعدلون عن ذلك عندما يزول الغضب، فهم يعبّرون عن المشاعر الانتحارية أكثر من القيام الفعلي بالمحاولات الانتحارية.

6-1-6/ الاستجابات الهسترية:

الهستريا حالة عصابية تظهر فيها الأغراض الجسمية دون أن يكون لها أيّ سبب عضوي، فالهستريا تعبر عن فقدان لاإرادي للوظيفة أو اضطراب فيها، ومن خصائص الشخصية الهسترية نجد: سرعة التهيّج، القابلية للاستهواء، والميل نحو الاتجاهات الانفعالية والاستجابة الهسترية في جوهرها هي حيلة دفاعية لحماية الذات حيث تسمح الأعراض باستبعاد التوترات والألم، فهي وسيلة لحل الصراع النفسي دون تأثر احترام الفرد لذاته. ومن بين الاستجابات الهسترية الممكن ملاحظتها عند الطفل نجد الشلل الارتعاشي، العمى، فقدان الحساسية، واللازمة العصبية.

2-6/ المشكلات السلوكية:

هي مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي الذي يعاني منه الطفل وتؤدي إلى اختلال جزئي في شخصيته دون أن تفصله عن الواقع، وتبقى شخصيته بشكل غير مترابط ومتكامل وغير قادر على الاستبصار في سلوكه . وتكثر المشكلات السلوكية عند الأطفال ما بين 6 و8 سنوات ويفوق الذكور الإناث في ظهورها، كما تظهر أيضا عند الأطفال الذين فقدوا أمهاتهم قبل سن الخامسة مهما كانت طبيعة الفقدان، وسنحاول فيما يلي استعراض بعض المشكلات السلوكية التي قد تواجه الطفل، وهي:

6-2-1/ اضطرابات النوم:

تكون اضطرابات النوم البسيطة أكثر ظهورا بين عامين و 5 سنوات من عمر الطفل وهي ردود أفعال طبيعية تعبر عن عدم الشعور بالأمن. أمّا اضطرابات النوم الحادة أو المستمرة فتعبر عن وجود اضطراب نفسي عند الطفل، تصاحب اضطرابات النوم عند الطفل مجموعة من الأعراض تكون في شكل أرق، تجوال ليلي، كوابيس مزعجة، كلام أثناء الليل...الخ.

6-2-2/ المشكلات المتعلقة بالطعام:

تحتاج عادات الأكل في الطفولة إلى تدريب صحيح فهي تحتاج إلى الانتباه والرعاية من طرف الوالدين لكونها لها علاقة وطيدة بعادات الفرد في المراهقة، ومن الصعوبات الأولى التي تواجه الأم تقديم الغذاء الملائم للطفل حديث الولادة وتكوين عادات حسنة لتناول هذا الطعام في الوقت المناسب، بالتالي لابد للوالدين أن يعيرا اهتماما في كيفية التعامل مع الطفل فلا يمكن ضمان الصحة النفسية

والبدنية للطفل إذا كان شذوذ في تناول الطعام وردود انفعالية من قبل الوالدين سواء بالكلام أو بالفعل. ومن أهم المشكلات المتعلقة بتغذية الطفل نجد ضعف الشهية للطعام، ويمكن يعود هذا الضعف إلى عوامل مزمنة أو مؤقتة راجعة لعوامل طارئة، كما يمكن أن يكون فقدان الشهية مفاجئ، وغالبا ما يكون مصاحب بأعراض تتمثل في ارتفاع درجة الحرارة، الغضب، والحزن.

(محمد الزغبي أحمد ، 2001،ص 106)

6-3/ المشكلات الاجتماعية:

6-3-1/ الكذب: يستعمل الطفل الكذب عادة سواء لتحقيق مكسب أو لتجنب العقاب من طرف الرّاشد.

6-3-2/ السرقة: هي خاصية مكتسبة وهي ميل لتملك شيء ليس من حقه، وقد يكون الدافع للسرقة مباشرا مثل سرقة الطعام من طرف طفل فقير، وقد يكون الدافع إشباع رغبة أو عاطفة أو هواية كسرقة لعبة أو بغرض الانتقام، وفي العادة تتجه السرقة من سرقة الوالدين إلى السرقة خارج المنزل.

6-3-3/ التخريب: من المعروف أن كثير من الحالات التي تسمى إتلافا وتكسيرا هي أساس حب استطلاع طبيعي ينفذه الطفل بطريقة تخريبية ويصاحبه غالبا سوء تقدير لقيم الأشياء نتيجة لعدم اكتمال النمو وقد يصحب التخريب شيء من الخوف والتستر نتيجة سوء معاملة الوالدين كما قد يصطحبه نوع من العداء. (عباس محمد عوض، 1999)

6-3-4/ الغيرة: قد تزداد الغيرة عند الطفل بدخوله إلى المدرسة وذلك لشعوره بأنّ إخوانه الأصغر منه يحضون بكل اهتمام الوالدين، وقد ينقل غيرته إلى زملائه .

تظهر الغيرة عند أطفال هذه المرحلة بصورة مباشرة على شكل شجار، وسرد القصص، الاستهزاء بالآخرين، العدوان عليهم، أو وصف بعضهم بعبارات غير محببة. كما قد تكون غير مباشرة(أي الغيرة) مثل إهمال الطفل الذي يغار منه، التهكم عليه أو الاستغراق في أحلام اليقظة، وكلما تقدم الطفل في السن أصبحت المظاهر غير المباشرة للغيرة أكثر من المظاهر المباشرة.

7. واقع الطفولة في الجزائر:

يعتبر الملتقى الوطني للحماية الاجتماعية للطفولة والشبيبة يومي 20–21 يناير 1987 وقفة للمربيين والمشرفين والمسؤولين عن عملية التربية والتنبيه بأهمية هذه المرحلة مع الإشارة إلى مشكل الطفولة بالجزائر. (مجلة الشرطة، 1987) وقد خرج الملتقى بتوصيات كان منها ما هو متعلق بالأطفال الذين يعانون من سوء المعاملة وكذلك الذين يستغلون بطرق غير قانونية، لان ما جاء به الملتقى كان شيء مميز ودفعة جديدة نحو تقديم الرعاية للطفل إذ نوقشت قضايا تهتم كثيرا بالعائلة وكيفية تربية الابن وحاجات الطفل في المجتمع الجزائري. وأهم المشاكل التي يعاني منها سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو أسرية، ولكن هل لهذه التوصيات من تجسيد في الواقع ؟. (كانت من بين أولى الالتفاتات إلى هذه الشريحة).

جسد البعض منها لكن من الصعب التكفل بكل الأطفال نظرا لإمكانيات الدولة من جهة ولكثافة الفئة من جهة أخرى، ولكثرة عددها وتشعب مشاكلها وتعقدها فنجد أنّ المسؤولية بهذا الطرح ليست خاصة بالدولة بقدر ما هي خاصة بالأسرة، فبتحقيق الجوّ المناسب المساعد على التنشئة السوية للطفل من خلال اختيار الزوجين، كما أنّ تمتع الوالدين بمستوى من الوعي يساعد على تربية الطفل وتحقيق حاجياته وإتباع أساليب حديثة في التربية أي الابتعاد عن الطرح التقليدي لمكانة الذكر والأنثى في الأسرة. كل هذا من أجل تنشئة الطفل على نمط معين، وهذا يتحدد بمدى وعي الوالدين بهذه المرحلة لكي تبقى جدلية التربية التقليدية والحديثة دون أن ننسى الجوّ العام للأسرة والمجتمع الجزائري. واقع الطفولة اليوم إنّما هو واقع أفرزته التحولات الاقتصادية والاجتماعية، وكذلك الأسرة بما تحمله من عادات وتقاليد متعلقة بالتنشئة للأسرة الريفية وما تحمله الأسرة النووية لان لكل هذا أثر على واقع الطفل ومكانته. (مجلة الشرطة، 1987).

تتفق رؤى العديد من الشبكات والمنظمات والجمعيات المدافعة عن حقوق الطفل والنساء على ضرورة إعادة النظر في المنظومة القانونية الجزائرية التي برأيها لا تزال متخلفة ولا تواكب التطورات الحاصلة في المجتمع الجزائري لمراعاة الظروف الراهنة وحماية حقوق الطفل في عالم اليوم .

(أسبوعي المحقق، جوان 2007)

تدفع الطفولة في أغلب المجتمعات ثمن أخطاء غيرها، إذ تقع عليها أعباء من تخلوا عن واجبهم في العناية بها من الناحية النفسية والاجتماعية، والطفولة الجزائرية أصيبت على أكثر من صعيد بالتهميش

ونقص العناية التي ألقاها عليها المكلّفون بذلك في المجتمع . إذ تعترف جمعياتُ حماية الطفولة والأطراف المهتمة بها، بتحسُّن وضعية الطفولة في الجزائر في السنوات الأخيرة مقارنة بالعقد الماضي، إلا أن ناشطين في هذا المجال يعتبرونها "غير كافية" وبينما يرى عبد الرحمن عرعار، رئيس جمعية "ندى" لحماية الطفولة أن "هناك مكتسبات وإنجازات عديدة للطفولة بالجزائر، ولكنها بحاجة إلى تفعيل". كما أكد الديوان الجزائري للإحصائيات أن عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة بلغ 10.2 مليون نسمة من مجموع 37.2 مليون نسمة إلى غاية 31 ديسمبر 2010، وهو ما يمثل نسبة 27.8 بالمائة من عدد السكان.

تطرقت دراسة قام بها البروفيسور **نصر الدين الجابي** في نوفمبر **(2011)** تحت عنوان "**أوضاع الأطفال والمؤسسات المعنية برعايتهم في الجزائر العاصمة**" في إطار المبادرة العربية لحماية الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا إلى واقع هذه الشريحة . استعرضت أوضاعها في عاصمة البلاد من عدة جوانب تعليمية وصحية واجتماعية، حيث كشفت نتائج هذه الدراسة عن ارتفاع نسبة الالتحاق بالمرحلة الابتدائية بالعاصمة إلى أكثر من 90 بالمائة، بعكس المرحلة الثانوية التي تقل بها نسبة المتمدرسين على المستوى الوطني، وهو ما عزته إلى بروز ظاهرة عمالة الأطفال نتيجة الظروف الاقتصادية التي تعيشها عاصمة البلاد .وصحيا أشارت الدراسة إلى أن أطفال مدينة الجزائر يعانون من مرضين أساسين هما العجز الحاد في التنفس والإسهال، منبهة إلى بروز ظاهرتين متناقضتين في المجتمع العاصمي هما السمنة من جهة، والنحافة وقصر القامة من جهة ثانية، خاصة لدى الأطفال القادمين من الريف. وما عمدت إليه الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، حيث تعمل منذ سنة 2003 وإلى الآن بالتنسيق مع قطاعات وزارية أخرى ومنظمة اليونيسيف من أجل ترقية حقوق الطفل وحمايته من المؤثرات السلبية التي تقف في وجه التنمية البشرية، من خلال إجراءات عملية أعطت ثمارها أواخر سنة 2008 بإطلاق أول مخطط وطني للطفولة يمتد على مدار تسع سنوات، يهدف أساسا إلى تحليل المشكلات التي تعترض تحسين وضعية الأطفال، تلاه فيما بعد مخطط الاتصال بالطفولة، غير أن هذه السياسات والخطوات على الرغم مما تحمله من أبعاد إيجابية أعاب عليها العديد من المختصين والناشطين في مجال حقوق الإنسان من جمعيات مختلفة تهتم بشؤون الطفل، استنادها إلى معطيات قديمة أو بالأحرى واقع قديم، وكما هو معلوم فإن تحليل أي واقع أو ظاهرة يستند إلى إحصائيات ودراسات آنية تتماشى مع التغييرات الحاصلة، فالمتصفح لما ورد في المخطط الوطني للطفل يكتشف أن المخطط الذي وجد ليخدم طفل الجزائر في سنة 2011 ومعالجة

واقعه يستند إلى إحصائيات قديمة تعود إلى سنة 2006، ومنذ ذلك التاريخ عرف واقع الطفل الجزائري العديد من التغييرات وبروز مفاهيم جديدة يجب دراستها ومعالجتها بالاعتماد على أرقام وتفسيرات آنية، وهو ما يجعل المخطط حسب العديد ممن حضروا عملية إطلاقه ويتابعونه في الوقت الحالي ناقصا على الرغم من إمكانية الحصول على أرقام حديثة بالنسبة لمؤسسة حكومية بحجم الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة. (جريدة الاتحاد، يونيو 2011)

أما فيما يخص فئة ذوي الاحتياجات الخاصة و نخص منهم الصم، فالمعطيات توحي بما يلي:

تبلغ نسبة الصمم الخلقي حوالي 15%من مجموع حالات الصمم في العالم ، وهو أكثر شيوعاً عند الأولاد منه لدى البنات، وفي سويسرا توجد أكبر نسبة من الصم في العالم حوالي 2% من مجموع السكان.إذ الصمم الذي يصاب به الطفل في سن مبكرة هو ما يعطل نمو اللغة لديه. و الأطفال الذين يولدون صماً، تكون أذانهم الداخلية مصابة ــ وخاصة العصب السمعي ــ بأمراض تتلف توظيفها. وهناك جانبان مسؤولان عن فقدان السمع (الإصابة الخلقية) وهو عندما يولد الطفل أصم أو فاقدا السمع، ومكتسب (أي بعد الولادة) ما يعرف أيضا بالصمم–بعد اللغوي ، كما نعد لكل 65000 ولادة بالجزائر 600 إصابة بالصمم أي ما يعادل 3 ملايين صم بالجزائر حاليا، كما انه لا يتم تشخيص الصمم قبل السنتين عموما عند جل الحالات. الصمم الخلقي هو عبارة عن تخلق غير طبيعي في مرحلة تكون الجنين. عادة ما يكون تشوه خلقي داخلي لا يمكن التأكد منه حتى تتم الولادة هذا ما تطرق إليه البروفيسور جناوي رئيس مصلحة "الفم ، الأنف و الحنجرة" O.R.L بالمستشفى الجامعي "مصطفى باشا" الجزائر العاصمة في الملتقى العالمي الأول حول التكفل بالطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي سنة 2009. وزرع القوقعة يعد وسيلة من الوسائل التي قدمها تطور البحث العلمي في السنوات الأخيرة، وذلك لمساعدة الصم على تجاوز إعاقتهم، وتسهيل اندماجهم في المجتمع و يبقى الهدف هو زرع بديل للقوقعة وليس للعصب السمعي. أين بدأت العملية بحالتين في 2003، ثم 5 حالات في 2004،و بعدها 6 حالات قي 2005،بالإضافة إلى 4 حالات في 2006، أي ما يعادل 17 عملية زرع قوقعي في 3 سنوات، هذا فيما يخص قسم الزرع القوقعي بالجزائر العاصمة إلى غاية سنة 2006، كون 95% من الأفراد المصابين بصمم خلقي شديد بإمكانهم الاستفادة من عملية الزرع القوقعي، و نعد ما يفوق 80000 فرد مصاب بالصمم الشديد في الجزائر، ما ترك الدولة الجزائرية تقف على إنشاء 14 مدرسة لصغار الصم على المستوى الوطني تحت وصاية وزارة التضامن الاجتماعي، و تقتصر رعايتها على 5000 طفل فقط . (Dj. Djenaoui Et Coll, 2009)

خلاصة الفصل :

إن العلاقة التي تجمع بين الأم وطفلها تعتبر من أقدم وأعمق العلاقات الإنسانية، والتي تمتد منذ فترة الحمل واللحظات الأولى من حياة الطفل إلى غاية نهاية مراحل نموه، وفيها تتم مختلف التفاعلات السلوكية، الجسدية، العاطفية وحتى الهوامية التي تعتبر أساس الصحة النفسية للطفل والأم معا، باعتبار أن الطفل هو امتداد نرجسي للأم وجزء منها، فهما يشكلان وحدة متكاملة كلاهما يؤثر على الأخر ويتأثر به.

الفصل الثالث

الأغشية النفسية

تمهيد

1. تطور مفهوم الغشاء النفسي.
2. مفهوم الغشاء النفسي.
3. السياق التكويني للغشاء النفسي.
4. بنية الغشاء النفسي.
5. الخصائص البنائية للغشاء النفسي.
6. وظائف الغشاء النفسي.
7. أنواع الأغشية النفسية.
8. إضطراب الأغشية النفسية.
9. إضطرابات الغشاء الجماعي.

خلاصة الفصل

تمهيد :

أصبحت إشكالية التمييز ما بين الداخل والخارج وإدراك الفرد لحدوده الجسمية النفسية تشغل تفكير عدد كبير من المؤلفين في إطار النظرية التحليلية، هذا التفكير أوصل البعض إلى استحداث مفاهيم جديدة ومعقدة منها: مفهوم الغشاء النفسي الذي نقل الانشغال التحليلي من التركيز على المحتويات إلى التركيز على الحاويات، وإلى وصف سياق تكويني يتمكن الفرد من خلاله التمييز بين ذاته وبين الآخر، ككيان مستقل وخاص به، حتى يحقق توازن بنائه النفسي وانسجامه واستمراريته.

الغشاء النفسي أصبح اليوم مفهوم قائم بذاته، ويعود الفضل في ذلك إلى جماعة من المفكرين الذين لهم وزنهم العلمي الكبير بداية من رائد النظرية التحليلية وصاحب البذور الأولى لهذا المفهوم **س.فرويد S. Freud** ومعاصره **ب.فيدرن P. Federn** الذي أخذ نفس التوجه جاء بعدهم تلاميذ **م.كلاين M. klein** منهم : **د.ميلتزر D. Meltzer**، و.ر.**بيون W.R. Bion** إ.**بيك E. Bick**، وصولا إلى صاحب الفضل والإعتراف الأكبر في هذا المجال **د.انزيو D. Anzieu** الذي تمكن من توضيح الرؤية وتحديد مفهوم الغشاء النفسي.

1.تطور مفهوم الغشاء النفسي :

1-1/ الغشاء النفسي عند س.فرويدS. Freud :

1-1-1/ تطور مفهوم الأنا عند س.فرويدS. Freud :

رغم أن مفهوم الغشاء النفسي قد تطور خاصة على يد (D.Anzieu, 1985) ومن إتبع أثره فيما بعد من المفكرين، إلا أن هذا لا ينفي وجوده في كتابات سابقة ولو بشكل ضمني، فإذا رجعنا إلى س.فرويد **S.Freud** يمكننا القول أن مفهوم الغشاء النفسي كان حاضرا منذ النصوص التحليلية الأولى، نجد ذلك خاصة في الأعمال التي عالج فيها موضوع الأنا وتغيراته (R.Selles, 2003)

ففي **(1895a)** تمكن س.فرويد من إستخدام مصطلح " **الأنا**"، لكن بشكل مغاير عما كان سابقا في الفلسفة وعلم النفس العام، والذي كان يعبر به عن الشخصية بمعناها الواسع، أي الذات الإنسانية، بعيدا عن النظرة المتاسيكولوجية التي أخذها هذا المفهوم حيث تكلم فرويد عن "حدود الأنا" كما تكلم فيما بعد عن الإسقاط في البارانويا سنة **(1895b)** ووصفه كرفض أو طرح إلى خارج الأنا لما هو غير مقبول داخل الأنا، تظهر ها هنا الإشارة إلى وجود مجال داخلي وآخر خارجي وبينهما حدود تفصل الداخل عن الخارج، غير بعيد عن ذلك في سنة **(1895c)** تحدث س.فرويد للمرة الأولى عن "الأنا" بلغة ميتاسيكلوجية حيث إعتبره كقوة مكلفة بوظيفة إحتواء الإ ثارات، أي إعاقة ومنع التدفق الحر والكبير للطاقة ويمنع تحطم "حواجز الإتصال "ما بين الداخل والخارج، وهذا بواسطة ما أطلق عليه بوظيفة الحكم (Jugement) التي ألحقها **بالأنا** والتي تحمي النفس من هجوم صدمي آت من الخارج (D.Anzieu, 2000)

ما نلاحظه في هذه النصوص هو انتقال س.فرويد من مفهوم الأنا الفلسفي إلى إدم ــــاج المعنــى الاقتصــادي والمكـــاني، بمعنـــى آخ ــر فقد جعل م ـــن "الأنـــا" بنيـــة ح ــاوية ومح ــددة (contenante et limitante) للجهاز النفسي بفعل القدرة على إستثمار الحدود.

إلى حد الآن ما زال **S. Freud** معتمدا على نموذج الخلايا العصبية بحيث ينظر للأنا أنه يعزل الداخل عن الخارج وأن الأولوية لهذا الأخير الذي يظل مصدر الإثارات، وهنا كون نموذجه التفسيري الأول باعتبار "الأنا" عبارة عن حد له واجهتين وقد أطلق عليه المحور"الجسدي-النفسي" (Somato-psychique) (R. Scelles, 2003) في وقت لاحق تواصلت الميتاسيكولوجية في التطور لكن بقي فرويد متمسكا دائما بالإستناد على الجسد لكن بشكل مختلف،

نجد ذلك في مقاله سنة (1920)أين قدم النظرة البنيوية "للأنا" بلغة جديدة وفي سنة (1923) يقول: "الأنا قبل كل شيء هو كينونة جسدية، ليس فقط هوية كلها في السطح، لكن كينونة توافق إسقاط سطح ". وفي وقت لاحق حصل تعديل لهذا التعريف كما يلي:

"في الأخير " 'الأنا' منحدر عن الإحساسات الجسدية، خاصة تلك المتولدة عن السطح، وهكذا يمكن اعتباره كإسقاط نفسي لسطح الجسم، بفعل أنه يمثل سطح الجهاز النفسي"

(S.Freud, 1923, P264)

تجدر الإشارة إلى أنه كل ما تم ذكره يندرج ضمن نموذجين اقترحهما س.فرويد على مرحلتين كنتيجة لتطور أعماله التنظيرية حول الأنا، وكدليل على انتقاله من الإعتماد على علم الأعصاب كميدان سابق استوحى منه نموذجه التفسيري الأول لعمل الأنا، إلى ميدان تحليلي بحت، قدم من خلاله النموذج الثاني وهو نموذج ميتاسيكولوجي، هذين النموذجين اقترح فيهما فرويد مفهوم الحد المزدوج "للأنا" (La double limite) على مرحلتين كالتالي:

أ -المحور النفسجسمي (Somato-psychique):

في بداية أعماله اقترح فرويد وجود حد مزدوج للأنا أطلق عليه المحور الجسمي- النفسي وذلك انطلاقا من المسلمة البيولوجية التي تتضمن وجود نوعين من الخلايا العصبية، النوع الأول نفاذي بشكل كامل (Perméable) دون امتلاك أي قدرة على الإحتفاظ والمسك أو التمييز، والنوع الثاني هو ماسك تماما (Non-Perméable) وليس له القدرة للطرح، جمع **س.فرويد** بين هذين الصنفين ليعطي تصورا عن عمل الجهاز النفسي، والذي يتضمن وجود واجهة مستقبلة موجهة نحو الخارج وواجهة ماسكة موجهة نحو الداخل حسب تفسير فرويد فإن هدف هذا المحور يكمن في معالجة الإثارة القادمة من الخارج، أكثر من التمييز ما بين الداخل والخارج، إلا أنه يعمل كخط مشترك بين مجالين (Une interface).

في هذا القطب أو المحور اقترح تسمية الطبقة الأولى المستقبلة بالصاد- للإثارة الذي أطلق عليه فيما سبق بالصاد- للكمية(Le pare-quantité) وظيفته ضد الإثارات الغير مقبولة في الداخل من أجل الحفاظ على توازن الجهاز النفسي، استمرت هذه النظرة إلى غاية (1920) حيث صدر مقال له أين وضع فرويد اللمسة الأخيرة على الموقعية الأولى، فقد حدد البنية بطبقتين وأطلق على هذه البنية بالجهاز الإدراكي – النفسي حيث يرى أن: الطبقة الأولى موجهة نحو الخارج ، وتهدف الى تقليص

الإثارة القادمة من الخارج، وأطلق عليه جهاز الصاد –للاثارة ، اما الطبقة الثانية فتاتي خلف الطبة الاولى المستقبلة و هي تمثل المكان الذي يبلغه المثير بعدما يصفى عبر الجهاز الصاد للاثارة و اطلق عليه بجهاز ادراك–شعور، وعليه فإن فعل التصفية يفترض القدرة على الإمساك وفي نفس الوقت على طرح الإستثارات وبمعنى آخر القدرة على التمييز.

تجدر الإشارة إلى أن **D. Anzieu** أسس عمله **(Le Moi-Peau)** بالإعتماد على هذا المحور، لذا يقال أنه انطلق من بداية التنظير الفرويدي (R.Scelles, 2003) كما أن هذا المحور يعتمد على ما يقدمه سطح الجسم من أحاسيس بواسطة النورونات المستقلبة، ويتم العمل على أساس أن الإدراك هو ما يوجد في الخارج، هذه النظرة التي تغيرت حيث أصبح الإدراك متعلق بما هو في الداخل وهذا ما أدى بفرويد إلى التغيير في مفهومه للحد المزدوج أي الغشاء النفسي لا حقا.

ب – المحور النفسي الداخلي(Intra – psychique):

بعدما كان س.فرويد مركزا على مؤشر الواقع أصبح هذا الأخير محل نقاش بسبب صعوبة تمييز الواقع الخارجي من الهوامات، وهنا كان التساؤل عن الإدراك هل هو فعلا ما يوجد في الواقع الخارجي أم أنه متأثر بما يوجد في العالم الداخلي، (R.Scelles, 2003) وفي هذا الصدد يقول **س.فرويد:**" "الآن لم يعد الأمر يتعلق بمعرفة هل شيء ما مدرك، يجب أن يقبل داخل "**الأنا**" أولا، لكن بمعرفة إذا شيء ما حاضر داخل الأنا كتصور يمكن كذلك أن يكون موجود داخل الإدراك، ما هو عليه كما نراه، فنطرح من جديد مسألة الخارج والداخل".(S.Freud, 1925.P137)

هذا ما أدى **بفرويد** إلى التركيز على العالم الداخلي وخاصة الهوامات اللاشعورية، فحسب فرويد مهما كان الإستثمار معطى للخارج، فإن المرجع يبقى داخلي كإجابة عن الرغبات التي تسيطر عليه، وبهذا جزء كبير من وظيفة الحد يتمثل في احتواء الرغبات والقدرة على تكييفها بما يتناسب مع العالم الخارجي وليس العكس ففي وقت لاحق، وفي النظرية المتعلقة بالنرجسية جعل فرويد من الأنا مستهدفا من طرف الهو وليس شكلا من أشكاله التحتية كما افترضه سابقا. ومن اجل الحفاظ على التوازن يكون الأنا في مواجهة مع العالم الداخلي من جهة ومع العالم الخارجي من جهة أخرى وبفضل وظيفة الإحتواء يشكل حدا بين الرغبة الداخلية وبين تحقيقها في الواقع الخارجي وهكذا بينما شغل الأنا في الموقعية الأولى محور إدراك– شعور بحيث تموقع في مقدمة الجهاز النفسي وعلى سطحه فقط، أصبح في الموقعية الثانية يشغل كل سطح الجهاز النفسي وأعماقه وهو ما يبعث إلى وظيفة اللإحتواء

والحماية(R.Scelles, 2003) هكذا نلاحظ في المكانية الثانية إقحام فرويد حول العلاقة بين الداخل والخارج، نجده يعطي مفهوما للخارج من خلال المرور عبر الداخل.

فبالنسبة إليه العالم الخارجي هو ليس فقط العالم الحالي والمدرك، بل كذلك مرتبط بالآثار الذكروية المخزنة في اللاشعور، وهكذا في إطار تطور أعمال فرويد، أدرجت العلاقة شعور- ما قبل شعور من أجل التمييز بين المنتجات النفسية والإدراك، ومن أجل أداء هذه المهمة يستعمل **الأنا** ما أطلق عليه **س.فرويدبـــ:**

(La pensée du jugement) وهي معادلة للكبت، بحيث يعمل على التمييز بين التصورات، وتحويل التصورات أو طرحها في اللاشعور.(S.Freud, 1925)

نشير إلى أن هذا المحور هو الذي تحدث فيه س.فرويد عن الأنا وحدوده كغشاء نفسي يحوي ويضم العناصر النفسية وكذا يحمي الجهاز النفسي من الاستثارات والهجمات النزوية.

1-2/ تطور مفهوم الغشاء النفسي حسب ب.فيديرن P. FEDERN:

في نفس الفترة التي كان فيها فرويد منكبا على دراسة الأنا، برز اسم آخر وهو **P. Federn** الذي تناول موضوع الأغشية النفسية بالدراسة إلا أنه لم ينظر لأعماله، ومع ذلك فإن إسهاماته تعتبر من أهم الإسهامات في هذا المجال، كان مصدر إلهام للعديد من المفكرين وعلى رأسهم **D. Anzieu** الذي أعطى له مكانة خاصة جدا واهتمام كبير لتكوين نظريته.

يطلق على**P. Federn** مفكر الحدود(Le penseur des limites) وأب الأغشية النفسية، فمنذ(1926) تمكن من وصف تغيرات"**حدود الأنا**"وتصورها كخط مشترك بين مجالين(une interface) بمعنى الداخل و الخارج (D.Anzieu, 2000) ، توصل إلى ذلك كنتيجة لخبرته العيادية، من خلال حالات الذهان والأحلام وحالات النوم واليقظة(A.Ciccone, 2001) وحالات فقدان الشخصية حيث يبرز اضطراب العلاقة بالواقع واضطراب الإدراك

تتمثل فرضيات **P. Federn** في اعتبار كل عصاب أو ذهان هو نتيجة لاضطراب في الأنا الذي يظهر في شكل إحساس بالغرابة(étrangeté) وهو حالة انتقالية تعلن عن الإصابة النفسية، و انطلق لإعطاء هذا التفسير من الحالات الأولى التي تناولها التحليل النفسي منها حالة **Anna** وحالة **Dora** وفي وقت لاحق أضاف للإحساس بالغرابة المؤسس على انفصال اللبيدو من الموضوع، كما أضاف نزع الاستثمار اللبيدي لحدود الأنا وبهذا فقد عكس الأولوية المعطاة للعالم الخارجي، وعوضها بأولوية

معطاة للعالم الداخلي وبالتحديد لحدود الأنا التي يجب أن تكون مصانة ومتماسكة حتى يحافظ العالم الخارجي على وضوحه الإدراكي(R.Scelles, 2003)

فسر **P. Federn** نزع استثمار حدود الأنا، بسبب عدم تهيؤ هذا الأخير أمام الهجمة النزوية، فعندما يظهر القلق، الأنا هنا يكون متماسك في حدوده وبالتالي تحافظ على وظائفها المتمثلة في تصفية الإدراكات(La fonction perceptive) وعلى هذا فإن نظرية الصدمة تمثل دعامة أساسية لتصور نزع استثمار حدود الأنا وانسحاب اللبيدو الذي يؤدي إلى تلاشي هذه الحدود، لقد حدد **P. Federn** مجالين يكون الأنا بمثابة كائن حدودي بينهما، هذين المجالين كل واحد منهم ـــا لديه حد، وما بين حد المجـــال الأول وحد المجال الثاني يقع الأنـــا والتفكيـــر بمعنـــى (**La pensée**) وعلى هذا يكون الأنا كخط مشترك ما بين المجال الأول والمجال الثاني، و لقد حدد المؤلف هاذين المجالين كالتالي:

1-2-1/ Le Moi-Corps الأنا-جسم: يمثل الإحساسات المرتبطة بسطح الجسم وكذلك وضعية الجسم في المكان ووضعيته أمام الأجسام الأخرى.

1-2-2/ Le Moi-Mental الأنا- نفس: يطلق عليه **P.Federn** المجال الغريب الداخلي، وهو يوافق اللاشعور عند فرويد، ويضم المواد المكبوتة اللاشعورية هاذين المجالين متمايزين عن بعضهما فمثلا الأنا- جسم تختفي حدوده أثناء العمليات الدفاعية الأساسية مثل الكبت والإزاحة وهو الوقت التي تستثمر فيه حدود الأنا-نفس.

بالنسبة لـــ**P. Federn** عندما ينزع استثمار (Désinvestissement) حدود الأنا يصبح العالم الداخلي والخارجي سواء، وحالات الذهان توضح ذلك، بحيث يمثل فيها الأنا والعالم الخارجي وحدة واحدة ولا يمكن رصد الحدود ما بين الداخل والخارج(P.Federn, 1979) .

1-3/ المقاربة بين ب.فيدرن P. Federn و س.فرويد S. Freud :

من الملاحظ هنا أن **P. Federn** يوافق **S. Freud** في تفسيره للذهان والعصاب من خلال الفرق الميتاسيكولوجي بينهما، ففي الذهان يرى أن الصراع بين الأنا والهو يحل بقطع العلاقة مع الواقع والدخول إلى اللاشعور النزوي في الهو، أما في العصاب فالصراع يحل بقطع العلاقة مع اللاشعور النزوي وإنقاذ العلاقة مع الواقع، وهنا يظهر جليا مسألة حدود "الأنا" ومسألة استثمارها والإضطراب الناتج عن نزع أو سحب الاستثمار لها، فالحدود النفسية تمثل حاجز بالنسبة للمكبوت، في حين ان الحدود الجسدية فهي تلعب دور الربط والفصل مع العالم الخارجي وبينهما نجد"الأنا" الذي يؤدي

استثمار حدوده إلى التمييز ما بين الإنتاجات اللاشعورية والعالم الخارجي، التي ترتبط وتنفصل بواسطة الكبت هذا الأخير الذي يمثل ميكانيزم دفاعي مؤسس للواقع النفسي(الكبت الأصلي) لأنه ينظم هذا التمييز الأساسي ما بين الداخل والخارج.(P.Fedren, 1979)

انطلاقا من أعمال **S. Freud** تبنى **P. Federn** فكرة أن الكبت الأصلي يتشكل موضوعه من الإحساسات الجسدية التي أسقاطها في النفس وبفعل الكبت تصبح غير قادرة على دخول ساحة الشعور ومن هذا جعل من الجسم الحد الأول مثله مثل **D. Anzieu** في عمله النموذجي الانا-جلد فمن خلال إسقاط الإحساسات الجسدية تظهر التصورات، واستثمار الآثار الذاكرية للخبرات الجسدية يسمح للتصورات أن تتطور مشكلة بذلك مكون أصلي للحد ما بين الداخل والخارج ومنه نستخلص أن مفهوم الحد هنا يبعث إلى معنى الغشاء النفسي بوظائفه المتمثلة في الحماية و الإحتواء.

(R.Scelles, 2003)

1-4/ المدرسة الكلاينية ومفهوم الغشاء النفسي:

قريبة جدا من **P. Federn** كما برزت أسماء عديدة تنتمي إلى النظرية التحليلية من أهمها**M. Klein** التي لم تقترح نظرية للغشاء النفسي لكن اقترحت وجود"أنا مبكر" يعمل منذ الولادة على تكوين علاقات مع الموضوع الخارجي واستدخال هذا الأخير من أجل تكوين عالم داخلي، كان هذا سنة (1946) من خلال وضعها لميكانيزم التقمص الإسقاطي الذي أعيد تناوله بعد وفاتها من طرف تلاميذتها بشكل آخر بعدما تخلوا عن نظريتها "للأنا المبكر" وعملوا على وصف بنية حدودية واضحة (Limitante) للنفس تنتج عن العلاقة بالموضوع (D.Anzieu, 2000) من بينهم:

1-4-1/ الغشاء النفسي حسب منظور و.ر.بيون W.R. Bion:

ألح على وظيفة الإحتواء من خلال إعادة تناوله لميكانيزم التقمص الإسقاطي **(L'identification Projective)** الخاص بـ **M. Klein** والتي ترى أنه يمثل سياق مرضي يقوم من خلاله الطفل باستخدام جسم أمه أو جزء منه من أجل تدميره أو إفراغه باستعمال نزواته العدوانية، لكن **W.R. Bion** أعاد تناوله سنة (1962) وبين المظهر العام العادي والتطوري (النمائي) له. (A.Ciccone, 2001)

ففي (1962) توصل إلى تحديد ما أسماه بالعلاقة حاوي/ محتوى والذي يمثل النموذج الأول للعلاقة أم/طفل وبأكثر اختصار العلاقة طفل/ثدي، من خلال هذه العلاقة يسقط الطفل داخل جسم أمه المستدخل عناصر سامة من أصل حسي والتي يطلق عليها **W.R. Bion** بالعناصر **(Eléments Béta)** و العناصر التي تعتبر غير قابلة للتصور **(Impensable)** وليس لها معنى وغير قابلة للترابط فيما بينها تسمى بالعناصر ألفا **(Eléments Alpha)**. والوظيفة التي تقوم بها الأم هي **(La fonction Alpha)** من خلالها تصبح هذه العناصر قابلة للإدماج النفسي، وفي هذه الحالة هذه العناصر تكون ما يسمى **(Une Barrière De Contenance)** وهي تشبه النسيج **(Membrane)** النصف نفاذي **(Semi Perméable)** عند **فرويد** والذي يفصل ما بين الظواهر الشعورية واللاشعورية أي أنه يمثل حاجز بينهما(الداخل و الخارج). (J-M Dellassus, 2007)

نلاحظ من خلال ما سبق أن **W.R. Bion** يركز على الدور الدينامي والمنظم للحاوي بمعنى (Le contenant) الذي يعمل على التقاط وتحويل العناصر النفسية للطفل، ما يمثل الحاوي الأول أي الأم وهي موضوع خارجي، شرط مسبق يعمل على نزع التسمم (Détoxiquer) العناصر(B) وهي عناصر خام تتكون من إحساسات وتجارب مبهمة وغامضة وبلا معنى، وهذا النزع للتسمم وتحويل هذه العناصر الخام هي الخطوة الأولى في نشاط التصور، التطور ومن خلال النمو واكتساب خبرات جديدة يتكون لدى الطفل جهاز التفكير (l'appareil a Penser les Pensées) الخاص به بعدما كانت الأم هي التي تقوم بدور هذا الجهاز، ومن خلال هذا نستنتج أن الوظيفة الإحتوائية هي وظيفة دينامية وكذا ترميزية تمثل عازل نفاذي (Perméable) ما بين الشعور واللاشعور وما بين الدخل والخارج وتجدر الإشارة الى أن الطفل بعدما يكون جهازه الخاص يصبح بإمكانه مساعدة شخص آخر على تصور نفسه وإيجاد معنى لما عايشه وكذا تسجيل الأحداث في تاريخه الشخصي، وبتبعيته الأولى لأمه يتقبل المساعدة فيما بعد دون خوف، وهذا سيكون خلاصة وظائف الغشاء النفسي التي سنراها في العناصر اللاحقة (C.Chabert, 1999)

1-4-2/ الغشاء النفسي حسب منظور د.ميلتزر D. Meltzer:

بعد **W.R. Bion** أعادت **E. Bick** تناول مفهوم الموضوع الحاوي وقد كان ذلك في مقال لها سنة 1968 تحت عنوان: "تجربة الجلد في العلاقات الموضوعية الأولية"

(L'expérience De la Peau dans les Relations d'objet Précoces)

(D.Anzieu, 2000)

لكن قبل ذلك كان **D. Meltzer** قد تحدث عن الموضوع الحاوي، لكن بمفهوم الجاذب (Attracteur) وليس بمفهوم الوعاء (Récipient) كما كان سابقا، وهو نفس ما ذهب إليه **D. Houzel** فيما بعد. و

D. Meltzer (1967) يرى بأن الموضوع الحاوي يجذب الحياة النزوية والإنفعالية للرضيع، هكذا يجمع إحساساته المتفرقة وغير القادرة على الترابط فيما بينها.

كما أضاف كذلك مفاهيم أخرى نجدها متكررة في أعمال **D. Houzel** منها (L'objet Esthétique) حيث يصف الأول بالطريقة التي ينجذب بها الطفل إلى الموضوع وهي عادة الأم والتي يقول أنها: "دائمة الجمال والتضحية"(Une Mère Ordinairement Belle Et Dévouée)

أما المفهوم الثاني فإنه يصف فيه تساؤل الطفل عن داخل الأم هل هو جميل مثل الخارج والطريقة التي يصطدم بها نتيجة الإحباطات التي يتلقاها عندما يكتشف داخل الموضوع(A.Ciccone, 2001). وصف**D. Meltzer** الوظيفة الإحتوائية للمعالج في إطار العملية العلاجية،حيث يتلخص هذا الطرح في أن المشكل الأساسي يتمثل في المعاناة النفسية والحاجة إلى موضوع حاوي من العالم الخارجي بإمكانه احتواء إسقاط هذه المعاناة (D.Anzieu, 2000) من خلال هذا يتضح لنا جليا الوظيفة الإحتوائية ودورها في احتواء وتنظيم وضعية عناصر غير منظمة خاصة في الوضعية العلاجية حيث يمثل المعالج دور الغشاء النفسي وهذا ما سنجده في أعمال لاحقة.

1-4-3/ الغشاء النفسي حسب منظور إ.بيك E. Bick:

بالرجوع إلى **E. Bick** نجدها في مقالها المذكور سابقا قد تطرقت هي الأخرى إلى الوظيفة الإحتوائية للجلد، بوساطة الموضوع الحاوي الخارجي كما بينت أهميته في نمو الطفل، ففي البداية يعيش الطفل حالة من عدم الإدماج، أي أن أجزاء الشخصية في شكلها الأكثر بدائية تكون عاجزة عن الترابط فيما بينها ولا تملك أي قوة لذلك، أثناء ذلك يسعى إلى البحث عن موضوع قد يكون ضوء، صوت، رائحة مألوفة... بإمكانه جلب إهتمامه (Attracteur) وهنا يختبر الطفل هذا الموضوع، كموضوع جامع لأجزاء شخصيته، حسب **E. Bick** ومؤلفين آخرين فإن الموضوع المفضل هو الثدي في فم الطفل والذي يكون مصحوب بحمل (Portage) الكلام، الرائحة المألوفة للأم.... هذا الموضوع الحاوي يحسه الطفل كجلد خاص به وتطلق عليه**E. Bick** "الجلد الأول". (A.Ciccone, 2001)

يقوم الطفل باستدخال الموضوع الحاوي الخارجي وفي وقت لاحق يقوم بالتماهي به، أي التماهي بوظيفة الإحتواء التي يؤديها الموضوع، وهنا يتطلع الطفل الى هوام يتمثل في مجال داخلي وخارجي، أما عندما لا تؤدى وظيفة الإحتواء كما يجب من طرف الأم أو تكون مدمرة هواميا (Fantasmatiquement Endommagée) فالطفل ها هنا لن يستطيع استدخالها بشكل عادي كنتيجة

لذلك يظهر التقمص الإسقاطي المرضي كنتيجة للتوظيف السيء للجلد الأول ومن خلاله يبحث الطفل عن موضوع حاوي يسمح بربط أجزاء الذات لديه وهو ما أطلقه عليه بــ"الجلد الثاني"

و من بين أنواع الجلد الثاني التي اقترحتها **E. Bick (1999)**نجد: الجلد العضلي عند الذهانيين خاصة (La seconde Peau Musculaire) (Scelles, 2003) كما يوجد كذلك جلد ثاني من نوع حركي، تصلب الجسم، الهيجان، وفكري خاصة عند الأشخاص المعنيين بالمعرفة والتفكير المستعملة كوسيلة دفاعية ضد التغيرات الإنفعالية (A.Ciccone, 2001) مع العلم أن **E. Bick** اهتمت بالوظيفة النفسية للجلد وليست الوظيفة الحسية وبذلك أول مفهوم استعملته في مقالها سنة 1998 هو مفهوم الجلد النفسي (La Peau Psychique) .

1-4-4/ الغشاء النفسي حسب منظور د.و. وينيكوت W.D. Winnicott:

من أهم أتباع **M. Klein** الذين اهتموا بمسألة نشأة الحدود ما بين الذات والآخر نجد كما أسلفنا الذكر **W.R. Bion** وإلى جانبه **D.W. Winnicott (1969)**هذا الأخير ركز على أهمية الجسم في تكون الحدود ووضح ذلك من خلال الدور الكبير الذي يلعبه المحيط وخاصة الأم وهنا ركز على ثلاث وظائف أساسية: Object Presenting, Handling, Holding (R. Scelles, 2003)

وعلى هذا فإنه يعطي أهمية بالغة للوحدة أم/ طفل إلى غاية أنه يقول:

(Un Bébé seul, ça n'existe pas) إشارة إلى أهمية الرعاية الأمومية منذ الولادة.

(D.Bourdin, 2007, p169)

لكن هذه الأم ليس شرطا أن تكون كاملة وطيبة جدا بل طيبة فقط بما يكفي كما أعطى نموذجا لكيفية بناء الطفل لعالمه الداخلي والحاجز ما بين الداخل والخارج من خلال ما أطلق عليه بالموضوع الإنتقالي والمجال الإنتقالي(D.W. winnicott, 1958).

بالنسبة لــ**D.W. Winnicott** الطفل يبتكر الثدي بوهم أولي، والثدي المبكر هنا ليس نفسه الثدي الواقعي، هذا الوهم يحدث نتيجة لإستثمار نفسي يسبق الإشباع الواقعي سامحا للطفل أن يشعر بالقدرة الكاملة كوهم، الذي سرعان ما يخرج بواسطة أم طيبة بشكل كافي، وكذا اختيار الواقع من خلال دليل الواقع(**L'indice de Réalité**) بواسطة تحقق الإشباع بالثدي الحقيقي وعدم تحققه بواسطة الثدي المهلوس، وهنا يكتسب الطفل القدرة على التمييز بين الداخل والخارج وبين ما هو واقعي وما هو غير واقعي(D.W.Winnicott, 1992)

من أجل اكتساب الطفل لهذا المجال العازل ما بين الداخل والخارج ومنه يكتسب وظيفة الإحتواء للمواد النفسية الداخلية عليه أن يستدخل الوظائف المذكورة سابقا وهي:

- طريقة الأم في الإمساك بالطفل وضمه نفسيا وتوافق (Le Holding)
- طريقة الأم في التعامل مع جسم الطفل من خلال الرعاية، أثناء التنظيف واللباس والتبادلات الجلدية(اللمس) وتوافق (Le Handling)
- قدرة الأم على تقديم الأشياء للطفل في الوقت المناسب أي لا قبل أن يحتاج ولا بعد أن يحتاج وهذا يوافق (The Object Presenting) (H.Bénony, 1998)

أصبح **D.W. Winnicott** من أهم المفكرين الذين اقترحوا وجود مجال يفصل ما بين العالم الداخلي والعالم الخارجي، هذا المجال الثالث له الأولوية وكذا يتوقف عليه التوظيف الجيد لكلا المجالين السابقين. (F.Joly, 2008)

1-5/ الغشاء النفسي حسب منظور د. آنزيو D.Anzieu:

بعد الحديث عن عدد من المفكرين التحليليين الذين خاضوا في موضوع الأغشية النفسية، نصل الآن إلى **D. Anzieu** الذي من خلال أعماله يتضح أنه استوحى نظريته من منابع عديدة وأولها فرويد **S. Freud** حيث نجده قد خصه بـــ 15 صفحة في عمله **Le Moi-Peau(1985)** أين تطرق إلى الأنا كخط مشترك بين مجالين(Interface) وهو نفس الشيء أشار إليه فرويد سنة في **(1923)**.

ومن جهة أخرى أعطى **D. Anzieu** أهمية بالغة لــ **P. Federn** الذي أطلق عليه "مفكر الحدود" والذي تمكن من وصف تغيرات حدود الأنا وتصورها هو الآخر كخط مشترك ويضاف إلى ذلك أعمال عدد كبير من المؤلفين الذين اعتمد عليهم **D. Anzieu** لبناء نموذجه النظري ومنهم:

J. Bowlby (1969) حول التعلق، **Grunberger (1971)** حول "التفاعلات المتبادلة بين القشرة واللب" **K. Abraham (1978)** "ميلاد التصور" و **P. Aulagnier (1975)** (Les pictogrammes) **S. Ali (1974)** حول التداخل المتبادل بين جسم الأم والطفل وآخرين (R.Scelles, 2003)

حتى نتمكن من فهم العمل الذي جاء به **D. Anzieu** حول إشكالية العلاقة ما بين الداخل والخارج يستوجب علينا التطرق إلى ثلاث مفاهيم أساسية تعبر عن سياق تطوري بارز في مسيرته التنظيرية في إطار النظرية التحليلية وهذه الأعمال هي:

- الأنا- جلد(1985).
- الغشاء النفسي (1974-1986).
- الدوال الشكلية(1987).

1-5-1/ الأنا- جلد Le Moi-Peau:

لا يمكن التطرق إلى مفهوم الغشاء النفسي عند **D. Anzieu** دون التطرق إلى المفهوم المركزي عنده وهو الأنا- جلد، الذي يمثل نموذج يوضح كيفية تكون الشخصية وبصيغة أخرى فإنه يوضح العلاقة بين نشأة الجهاز النفسي وتجارب الجسم (D.Anzieu, 2000)

لقد ظهرت هذه الفكرة في الخمسينات، لكن لم ينتبه إليها **D. Anzieu** إلا ما بين الستينات والسبعينات وقد عرضها في إطار نقاش دار حول نزوة التعلق سنة 1974، حيث قال:

"التمايز الأول للأنا داخل الجهاز النفسي يعتمد على إحساس الجلد، ويتضمن تمثيل رمزي له وهذا ما اقترح بتسميته الأنا- جلد"(R.Kaès, 2007, p33).

نلاحظ هنا المنحى الذي أخذه **D. Anzieu** في تفسيره والذي يوافق منحى **S. Freud** في البداية عندما قال بأن الأنا هو في الأول "أنا جسمي"، يعتمد على الأحاسيس الجسمية وأن كل نشاط نفسي يستند على وظيفة بيولوجية(D.Anzieu, 1995, p61).

لقد استمر هذا الطرح في التطور إلى غاية 1985 أين وضع تعريف للأنا- جلد حيث قال:

" الأنا مثل الجلد، بالتسمية الأنا- جلد يحدد تصور تمثيلي يستعمله أنا الطفل في المراحل المبكرة من نموه لكي يمثل نفسه بنفسه، انطلاقا من تجربته الخاصة مع سطح الجسم، كأنا خاص به، يحوي ويضم المحتويات النفسية" (D.Anzieu, 1995, p26). الأنا- جلد هو حقيقة هوامية، تتجلى في عدة تظاهرات مثل الأحلام، الهوام، الكلام والمواقف الجسدية... تتكون هذه الحقيقة الهوامية من خلال التجارب المبكرة بين الطفل وأمه والتي تندرج ضمن سياق الإرضاع (Le Nourrissage) بما فيه المسك، الحمل (Portage) الكلام كما أنه يستند إلى ثلاث وظائف للجلد في إطار العلاقة التناظرية معه وهي:

- **حقيبة Sac**: أي حاوي مملوء بتجارب الإشباع التي تجلبها الرضاعة والرعاية.
- **سطح Surface**: أي أنه واجهة ما بين الداخل والخارج تحمي الفرد من اعتداءات خارجية صادرة من الآخرين.
- تكوين علاقات ذات دلالة وسطح لتسجيل الآثار التي تتركها هذه العلاقات.

فالطفل إذن مغطى(Enveloppé) بالرعاية الأمومية في علاقة جلد لجلد أو جسم لجسم، يتكون من خلالها خط مشترك متصور بهوام الجلد المشترك بين الأم والطفل الذي له واجهتين واحدة نحو الداخل والثانية نحو الخارج (S. Consoli ; 2006). بالنسبة لـــ **D. Anzieu** فإن التباعد بين الواجهتين مهم، حيث ينتج عنه هوام الجلد المقتلع ، وتجاوز الطفل لهوام الجلد المقتلع يسمح له باكتساب الأنا- جلد الخاص به الذي يحقق من خلاله الفردانية والإستقلالية(S. Consoli, 2006).

1-5-2/ الغشاء النفسي L'Enveloppe Psychique:

في المرور من الأنا الجلد إلى الغشاء النفسي كان هناك تحول كبير، ففي الوقت الذي تكون فيه مفهوم الغشاء النفسي، **D. Anzieu** تصور التمايز بين غشاء للاثارة النزوية وعشاء للدلالة المنتظمة بالتصور.

الغشاء عند **D. Anzieu** عبارة عن مجاز لكن هذه المرة يتحدث عنه كبنية و وظائف، كما أنه يتصوره بتنوع كبير، فإذا كان الأنا جلد واحد يحيط بالجهاز النفسي في علاقة تناظرية مع الجلد الحقيقي ويعمل على احتواء الهو ونزواته بفعل أنه تكون من سطحه (D.Anzieu , 2000) فإن الغشاء النفسي متعدد ومتنوع. ومن الأنواع التي ذكرها **D. Anzieu** الغشاء البصري، الغشاء الصوتي، الجماعي... فبعدما وضع **D. Anzeiu** نموذجه القاعدي الأنا- جلد حاول بعدها التوسع والتنويع في مقاربته ومن خلال ذلك حاول التوسع في مفهومه للإحتواء وللحدود.

ففي 1975 و 1986 حاول أن يعطي لمجاز الغشاء النفسي مكانة المفهوم وهنا كان التفكير الواسع حول الأغشية النفسية والذي انتهى بإصدار كتاب(Le penser) في سنة (1994).

(R.Scelles, 2003)

الغشاء النفسي عند**D. Anzieu** سمح بالكشف عن ظواهر الخط المشترك وعلى هذا فإنه حدود des limites لكن ليس مغلق كليا لذا بإمكانه التميز ما بين العالم الداخلي والخارجي وكذا تصفية ما يمكن دخوله وخروجه.

3-5-1/ الدوال الشكلية:

في الأول تكون هناك أشكال فارغة ليس لها قدرة التميز ما بين الداخل والخارج لكن لها خاصية التحول وهي التي أطلق عليها **D. Anzieu** "الدوال الشكلية" (signifiants formels) المرحلة الثانية تتحول هذه الأشكال وتصبح مواضيع نفسية أو أغشية وذلك بعد خضوع الطفل لتجربة جلد مع جلد ولكي يكون تحولها سوي يشترط التوافق ما بين الدال الشكلي وما يتلقاه من خبرة. (R.Scelles, 2003) للإشارة هذا العنصر سيتم التوسع فيه والإلمام به في عنصر السياق التكوني للغشاء النفسي.

من خلال ما سبق يمكن القول أن أعمال **D. Anzieu** كان لها وقع كبير وتأثير بارز في تطور التفكير حول الأغشية النفسية فهو مصدر إيحاء لعدد كبير من المفكرين منهم **D. Houzel (1994)** الذي طور أعمال حول الأغشية العائلية وكذا **Gibello (1995)** الذي عمل على "حاويات التصور" ومفكرين آخرين يضيق المكان لذكرهم جميعا.

قال **R. Perron (1985)** أن" لكل شيء بنية ولكل بنية تاريخ"، هذه المقولة تسمح لنا بالإطلاع على القفزة النوعية والنتائج الكبيرة التي سجلتها الأبحاث حول الغشاء النفسي، فبعدما كان مجرد مفهوم فلسفي غامض، تمكن العلماء من إخراجه إلى ميدان البحث العلمي والممارسة التطبيقية، فبعد المسار التاريخي الحافل بالأسماء الكبيرة والتي تم عرضها في في ما سبق وصلنا في النهاية إلى استخلاص مفاده أن هذا الغشاء يشكل بنية بكل محدداتها، و ما سنتطرق اليه الان هو ماهية الغشاء النفسي من خلال انواع الاغسية النفسية.

2.مفهوم الغشاء النفسي:

يعتبر مفهوم الغشاء النفسي، من أكثر المفاهيم التحليلية حداثة، لذلك سيتم تقديم بعض التعاريف التي اقترحها بعض التحليليين.

2-1/ مفهوم الغشاء النفسي عند س.فرويد S. Freud:

يظهر تناول فرويد للغشاء النفسي بشكل ضمني في سياق عمله المتواصل على "الأنا" حيث عرفه سنة(1922) " الأنا قبل كل شيء جسدي، ليس مجرد كائن من السطح(سطح الهو) بل هو نفسه إسقاط للسطح بمعنى سطح الجسم"(لابلانش وبونتاليس، 1986، ص 108).وفي سنة (1925) أضيفت الملاحظة التالية:

"في النهاية، الأنا منحدر من الإحساسات الجسدية، خاصة تلك المتولدة عن السطح، وهكذا يمكن إعتباره كإسقاط نفسي لسطح الجسم، بفعل أنه يمثل سطح الجهاز النفسي"

(S.Freud, 1923, p264)

نلاحظ كيف أن فرويد هو الأول الذي أعطى مفهوم للغشاء النفسي، كإسقاط للإحساسات الجلدية وهذا دائما بالاستناد على النموذج البيولوجي، وبهذا فإنه يمهد لظهور أعمال أخرى منها أعمال **D. Anzieu** حول الأنا-جلد.

2-2/ مفهوم الغشاء النفسي عند د. آنزيو D. Anzieu :

لا يمكن التطرق إلى مفهوم الغشاء النفسي عند **D. Anzieu** دون التطرق إلى المفهوم المركزي لديه وزهو الأنا-جلد.

2-2-1/ مفهوم الأنا- جلد Le moi-peau :

أ -تعريف سنة (1974):

"التمايز الأول للأنا داخل الجهاز النفسي يستند على إحساسات جلدية ويتضمن تمثيل رمزي له (للجلد) وهذا ما أسميه بـــ الأنا-جلد" (R.Kaes, 2007, p33).

ب تعريف سنة (1985):

" الأنا مثل الجلد، وبالتسمية الأنا- جلد أقصد تمثيل (تصور) يستعمله **أنا** الطفل، خلال المراحل المبكرة من نموه لكي يمثل (يتصور) نفسه بنفسه، انطلاقا من تجربته الخاصة مع سطح الجسم، كأنا حاوي للمحتويات النفسية." (D. Anzieu, 1985, p29)

2-2-2/ مفهوم الغشاء النفسي :

حاول **D. Anzieu** بين (1975) و (1986) إعطاء مكانة المفهوم للغشاء النفسي، حدد مفهوم الأغشية النفسية من خلال وظائف الاحتواء المتنوعة بتنوع الحواس، لكن كذلك بصورة أكثر تجريد، كجزء من الجهاز النفسي يحتوي نفسه بنفسه بواسطة مجموعة من السياقات. وفي سنة (1986) أرجع مفهوم الغشاء النفسي إلى الإطار التحليلي كصاد للإثارة وسطح للتسجيل كما تحدد الغشاء حسب سجلات حسية متنوعة. (R.Scelles, 2003, p42)

نلاحظ كيف انتقل **D. Anzieu** من النظرة التماثلية (Analogique) في الأنا– جلد إلى النظرة المجازية (Métaphorique) في الغشاء النفسي، أين كشف عن وجود ظواهر جديدة هي ظواهر الخط المشترك بين مجالين (L'interface) التي تضمن وظائف الحماية والاحتواء وكذلك التبادل بين الداخل والخارج.

2–3/ مفهوم الغشاء النفسي عند بعض التحليليين:

2–3–1/ أ.**سيكون A. Cicoone (2001)** عرفه حيث قال:" الغشاء النفسي هو مجاز (افتراض) يحدد وظيفة، فهو ليس موضوع للوظيفة" (A.Cicoone, 2001, p91) .

2–3–2/د.هوزل D. Houzel (2000)"الغشاء النفسي هو منطقة الحدود (Démarcation) بين العالم الداخلي والعالم الخارجي" (D.Anzieu, 2000, p44)

2–3–3/إ.**سيشو E. Séchaud (2007)** عرفه "الغشاء النفسي هو مصطلح تجريدي يندرج ضمن علم النفس التحليلي ومفاهيم الميتاسيكولوجية"(D.Anzieu, 1995, p08).

من خلال ما عرض من تعاريف يبدو أن هذا المفهوم ما زال يحيط به الغموض ذلك نظرا لحداثته وصعوبة الخوض فيه، بسبب الصبغة التجريدية الميتاسيكولوجية التي يكتسبها.

3.السياق التكويني للغشاء النفسي:

وجود عناصر نفسية متمايزة عن اللغة ومنظمة للتصورات هو افتراض تم التطرق إليه من طرف عدد من المؤلفين منهم:

Gibello (1977) حول : (Les représentations de transformation) و **G. Rosolato (1985)** حول : (Les signifiants de démarcation) وكذلك **D. Anzieu (1990)** حول : الدوال الشكليةوأخيرا **S. Tisseron (2005)** حول (Les schèmas de bases dans l'activité psychique)، هذه العناصر النفسية هي بنى تكوينية قاعدية، تتطور وتبلغ صورها النهائية بفضل التفاعل مع المحيط لتأخذ شكل ووظيفة الغشاء النفسي.

إذن تكون الغشاء النفسي يكون نتيجة لسياق تكاملي بين عنصرين وهما:

- العناصر الأصلية.
- التفاعل مع المحيط.

3-1/ العناصر الأصلية: وفي هذا العنصر سيتم التطرق لنموذج **D. Anzieu** ونموذج **S. Tisseron** على التوالي:

3-1-1/ الدوال الشكلية Les signifiants formels:

أولا "شكل" يعني مجموع حدود موضوع ما، ينتج عن انتظام أجزائه، والصفة "شكلي" يتحدد معناها من خلال هذا التعريف للشكل، و"الدوال الشكلية" هي أصل تكون الغشاء النفسي بالنسبة لـــ **D. Anzieu** وتمثل بالنسبة للمحتويات النفسية، كل شكل يملك خاصية إجرائية (Opératoire) ينتج عنها التحول، هذا التحول هو الذي ينجر عنه فيما بعد الشكل النهائي فالغشاء النفسي يمثل الشكل النهائي للدال الشكلي للحد الذي يحدد طبيعة الحدود ما بين الداخل و الخارج. (D.Anzieu, 2000) .

"الدال الشكلي " بالنسبة لـــ **D. Anzieu** ليس محتوى للتصور، بل إنه دعامة support وله وظيفة الخط المشترك بين مجالين (Interface) التي سيؤديها الغشاء النفسي فيما بعد، بحيث يسمح باتصال مختلف المجالات النفسية وكذا الطبيعية والثقافية.... أي بين مجالات الداخل ومجالات الخارج.

في البداية تكون هذه الأشكال أو القوالب فارغة وليس لها القدرة على التمييز بين الداخل والخارج لكن لها خاصية أساسية وهي التحول في هذه المرحلة الثانية، تتحول هذه الأشكال وتصبح أغشية توكل لها وظيفة معينة، تتمثل في تنظيم المحتويات النفسية، مع العلم أن هذه الأخيرة تكون في البداية غير منتظمة وغير مرتبطة مع بعضها وليس لها معنى، لكن بفعل العلاقة جسم/ لجسم من خلال عملية الإرضاع و ما يصحبها من سلوكات الحمل والتغطية والكلام... فتصبح مرتبطة فيما بينها وذات معنى(R.Scelles, 2003) حسب **D.Anzieu** فإن هذه المحتويات النفسية لا يمكنها الظهور إلا بعدما يتم استثمار الحاويات النفسية بلبيدو التعلق، وهذه الحاويات تملك خاصية التصور الذاتي وهي على نوعين:

أ –**ممثل الغشاء Représentant d'enveloppe:** يخضع لعملية التحول من خلال تفاعل الطفل مع المحيط لتكون فيما بعد الغشاء النفسي.

ب –**ممثل التحولات Représentant de transformation:** وتمثل العملية و السياقات التي يخضع لها ممثل الغشاء.

إذن بخضوع ممثل الغشاء لعمليات التحول انطلاقا من التفاعل مع المحيط يتكون فيما بعد ما يطلق عليه بالغشاء النفسي، ومع العلم فإن هذه "الدوال الشكلية توافق ما أطلقت عليه **P. Aulagnier**

« Les pictogrammes »وهي نمطية على المستوى الأصلي للنفس، أي أنها مكونات أصلية توجد لدى كل المواليد الجدد.

3-1-2/ المخططات Les schèmas:

يرى **S. Tisseron** أن المرور من الخبرة الجسدية إلى الإدراك، يستوجب تدخل نموذج نفسي كوسيط، يعمل على تنظيم الخبرة وقادر على تصور الإحساسات وأطلق على هذه العناصر بـ مفهوم "المخططات الأساسية في النشاط النفسي" (Les schèmas de bases dans l'activité psychique)، وهي قريبة المعنى لما أطلق عليه **D. Anzieu** إسم **(Les signifiants formels)** وما أطلقت عليه ايضا في اعمالها **P. Aulagnier** **(Les pictogrammes)** (S.Tisseron, 2005) .

إن " المخطاطات" توافق قدرة فطرية(Innée)على تنظيم الخبرة، وتصبح عملية **(Opératoire)** انطلاقا من تجربة مرتبطة بوظائف الجسم في التفاعل مع المحيط، وهي نماذج محركة حيث أن الإجرائية مرتبطة بشكل كبير بنجاح التبادلات مع المحيط وبهذا فهي في نفس الوقت إنتاج لقاء إمكانات فطرية مع الخبرات الماضية وكذلك تمثل مخطط حركة لتحقيق تجارب مستقبلية وهنا يقول **S. Tisseron:**" بمجرد أن تتكون المخطاطات الاساسية تصبح قاعدة، تقود التجربة أو الإبداع ".

(S.Tisseron, 2005, p67)

وهذه الخطاطات تنقسم الى نوعين:

أ -مخطاطات الغشاء Schèmas d'enveloppe

ب مخططات التحول Schèmas de transformation.

هي متكاملة فيما بينها وتتكون وتدخل حيز العمل بالتوازي بحيث، لكي تتكون مخطاطات التحول هذا لا يتطلب تكون وظيفة الاحتواء، لكن من جهة أخرى، فإن دخولها حيز العمل لن يكون إلا إذا تكونت وظيفة الإحتواء وأخذت مكانهـا، أي دخـول مخطـطـات الغشـاء حيز العمل، وهذه الأخيرة لا يمكنها الدخـول في العمل، ما لم تبدأ مخططة التحول في أداء وظيفتهاو المتمثلة في الاحتواء.

(S.Tisseron, 2005, P79)

من خلال ما تم ذكره فإن هذا العنصر الأول أي المكونات الأصلية في حاجة إلى دعم من المحيط وهذا ما سيتم التطرق إليه في العنصر التالي:

2-3/ التفاعل مع المحيط:

يقول **R.Kaes (1993)**:"العالم هو جسم وجمــاعة، والعــالم ما هو إلا بنية جسم وجمــاعة"
(C. Bénony, B.Golse, 2003, p09)

إشارة إلى أهمية الجسم في تكوين تصور الشخص للعالم وإدارته له، وفي ذلك يسانده سامي علي **S.Ali (1974)** حيث يقول: "الجسم هو مخطط كل المخططات"

« Le corps est le schèma de tout les schèmas » (S.Tisseron2005, p25)

نستنتج من هنا أن للجسم دور كبير في تكوين العناصر النفسية المحتواة أو الحاوية التي تمثل موضوع هذه الدراسة، وهذه الأهمية تظهر من خلال العلاقة التفاعلية ما بين الأم والطفل والتي يختصرها البعض في العلاقة ثدي/طفل، بحيث تمثل النموذج الأول لكل علاقة لاحقة لأنها أساس لكل بناء نفسي سوي أو مرضي. من بين المفكرين الذين ركزوا على هذه العلاقة نجد **D.W. Winnicott** بالنسبة إليه الطفل يستدخل وظيفة الإحتواء التـــي يؤديـها الغشـاء فيمـــا بعـــد، مـــن خـــلال الوظائف الاساسية (Objet presenting, Handling, Holding) التي تؤديها الأم في إطار العلاقة التفاعلية معه. ومن ناحية أخرى فقد أشار إلى كيفية تكون الحاجز ما بين الداخل والخارج حيث أدخل مفهوم الموضوع الإنتقالي والمجال الإنتقالي، هذا الأخير الذي يمثل مجال ثالث ما بين الداخل والخارج من خلال العلاقة أم/طفل، هذه الأم التي وصفها بــ (Suffisamment Bonne) والتي تسمح للطفل بتكوين هذا المجال بعد المرور بمراحل منها توهم القدرة الكاملة من خلال قدرته على استحضار الأم وقتما شاء بواسطة الموضوع الإنتقالي الذي يمثل عند غيابها، ثم مرحلة ازالة وهم القدرة الكاملة، من خلال إدراك عدم إشباع الموضوع الإنتقالي للجوع الذي لن يشبع إلا بحضور الأم الحقيقية ومعها الحليب والذي يمثل مؤشر الواقع(وظيفة إشباع الجوع) وهنا يتمكن الطفل من التمييز ما بين الداخل والخارج أي ما بين ما هو حقيقي وما هو هلوسي

R. Spitz هو الآخر أعطى الأهمية الكبيرة لوجود الأم خاصة في المراحل الأولى من حياة الطفل، فمن خلال دراسة قام بها على أطفال أبعدوا عن أمهاتهم، توصل إلى ما أطلق عليه بــ "داء المصحات" أي (**Hospitalisme**)، وحسب النتائج فإنه كلما طالت فترة الشفاء وبعد الطفل عن الأم دون بديل أمومي، كلما زاد احتمال وفاة الطفل. (بدرة معتصم ميموني، 2005).

هذه الأهمية المعطاة للمحيط وخاصة الأم، أشارت إليها كذلك **M. Mahler (1967)** التي حددت مراحل نمو الطفل بــ 03 مراحل وهي:

أ -مرحلة التوحد.

ب -مرحلة التكافل العادي.

ت -مرحلة الإنفصال (الانية) الإنفرادية.

نقول أنه إذا أغفلت أي مرحلة من هذه المراحل سيؤدي ذلك إلى إصابة الطفل باضطراب فالإغفال الأولي يؤدي إلى التوحد والثانية تؤدي إلى الذهان والثالثة تؤدي إلى المرحلة البينية وفي هذه الاضطرابات الثلاثة تبرز إشكالية التمييز بين الداخل والخارج التي تبلغ ذروتها في المرحلة الثالثة التي تطلق عليها **M. Mahler** بمرحلة الانفصال- الفردانية، حيث يولد الأنا وينفصل انفصال كلي عن الآخر ويدرك الطفل استقلاليته وأنه ليس امتداد لشخص آخر، بالنسبة لــ **M. Mahler** فإن الإستقرار الداخلي للموضوع الداخلي واستمراره هو الذي يسمح بالتطور والنمو السوي وبلوغ الإستقلالية و كذا التعرف على حدود الجسم وحدود الأنا(D. Anzieu, 2000).

وهي نفسها المرحلة التي أسمتها **M.Klein** بالمرحلة الإكتئابية والتي تقول عنها:"أنها المرحلة التي يتخلى فيها الطفل عن الإلتحام أم/طفل ، الإنفصال مهم لكي يصبح هو نفسه".

نفس الشيء لما أشار إليه **D. Anzieu** عندما تحدث عن هوام الجلد المشترك La peau commune بين الطفل والأم والذي يتحول في مرحلة لاحقة الى هوام الجلد المقتلع La peau arrachée حسب **D. Anzieu** فإن هذه المرحلة مؤلمة بالنسبة للطفل لكنها تسمح له في الأخير باكتساب أنا- جلد خاص به(S.consoli, 2006).

إذن ولكي يصل الغشاء إلى شكله النهائي، يؤدي وظائفه المكلف بها، يجب أن يمر بكلا المرحلتين وبما أن المرحلة الأولى نمطية عند كل الأفراد، فإن أي خلل في الثانية قد يؤدي إلى خلل في الغشاء النفسي وبالتالي خلل في كل البناء النفسي.

4.بنية الغشاء النفسي:

هناك العديد من المفكرين الذين تصوروا الغشاء النفسي كبنية، من بينهم الباحث **D. Houzel** **(1986)** الذي حدد بنية الغشاء النفسي بثلاث صفحات(Feuilletes)كالتالي:

4-1/ القشرة La pellicule: وتمثل أثر الضغط الذي تمارسه الدينامية النزوية على السطح (D.Anzieu, 2000) كما أنها مفهوم حدي غير قابل للتصور الذاتي، وباختصار فإنها تمثل السطح النفسي للجسد (جاء في رشيد بلبسعي،2009).

4-2/ النسيج La membrane: يتكون هذا النسيج من آثار اللقاء ما بين النزوات وموضوع الإشباع على القشرة، إذن النسيج يبرز أهمية الأثر وكذا يبرز وظيفة الجلد النفسي كسطح (Surface) لتسجيل هذا الأثر(جاء في رشيد بلعبسي، 2009) فالأثر يمثل بداية تكوين الرمز (Symbole)الذي يكمل الحياة من خلال توطيد العلاقة ما بين العالم النفسي و غشائه(من خلال الآثار التي يتلقاها الغشاء والتي تدعم ما يوجد داخل النفس من عناصر) وهنا نحن قريبين من مفهوم (Le pictogramme)لــ **P.Aulagnier** التي إهتمت بنمو التصورات أكثر من السطح الذي تسجل عليه(D.Anzieu,2000)

4-3/ التموضع(المسكن) L'habitat: ويمثل الصفحة (Feuillete) الخارجية للغشاء النفسي ويتكون من خلال المواد المدركة، ويضم النسيج في علاقة إلتماس، وهذا التداخل للنسيج داخل التموضع هو شرط مهم لإنسجام الغشاء النفسي، بعبارة أخرى فإنه يمثل الصفحة الخارجية للغلاف النفسي المكونة من المواد الحسية. (جاء في رشيد بلبسعي، 2009)

نلاحظ من خلال هذا الوصف أن التموضع أو المسكن يمثل الطبقة الخارجية للغشاء النفسي ثم يليها في علاقة تداخل النسيج والذي ينمو من خلال الطبقة التي تليه وهي القشرة على خط التماس مع العالم الداخلي بحيث تمثل السطح الذي يسجل أثر التقاء النزوات بموضوع الإشباع، لكن من المعلوم أن البنية لها مجموعة من الخصائص حتى تتمكن من أداء وظائفها، وحتى تحافظ على إنسجامها وإستمراريتها، وهو نفسه الحال بالنسبة للغشاء النفسي الذي يتميز بمجموعة من الخصائص وهو مضمون العنصر التالي.

5.الخصائص البنائية للغشاء النفسي:

حتى يتمكن الغشاء النفسي من أداء الوظائف المنوطة به، لديه مجموعة من الخصائص يتميز بها وقد حددها(D.Houzel, 1986) -كما يلي:

1-5/ الإنتساب(أو الإنتماء) L’appartenance: يعمل الغشاء النفسي على تحديد انتماء عناصر نفسية إلى مجال نفسي معين، وهذه المجالات النفسية قد تكون المجال النفسي الداخلي، المجال النفسي الحسي أو المجال النفسي للآخرين(جاء في رقية نجادي،2009).

2-5/ القابلية للتواصل La connexité: بمعنى أنه يمكن ربط أي نقطتين من نقاط الغشاء النفسي بخط محتوى فيه كليا.

3-5/ الكثافة La compacité: أو التراص فالغشاء النفسي يجب أن يعطي مجال محدد بعدد معين ومنتهى مما يمكن تصوره من أجزاء هذا المجال. (D.Anzieu, 2000)

خاصية الكثافة والقابلية للإتصال تعطي للغشاء النفسي خاصية الإستمرارية لوظائفه، التي بها تتمكن البنية المستمرة من أن تحد المجال وفي آن واحد تسمح باتصالات بين مجالاته، إضافة لما تم ذكره من خصائص يمكن إضافة خصائص أخرى يتم استنتاجها من أعمال مؤلفين عدة وهي: الدينامية، الجاذبية، النفاذية.

على أساس أن الغشاء النفسي يشبه حقل من القوى مثل الحقل المحيط بالمغناطيس الذي يجذب الأشياء وهكذا وصفه كل من **D. Houzel**و**D. Meltzer** و **E. Bick**. فبعيدا عن النظرة الثابتة للغشاء النفسي حيث تم اعتباره كوعاء يحوي المواد النفسية الأخرى، تمكن **D. Houzel** من تصوره بشكل آخر، حيث يرى بأن النفس(la psyché) تكون غشاؤها بنفسها تحت تأثير القوى التي تنشطه من الداخل، وقد وصفه بالجاذب(L’attracteur)من ناحية أخرى فإنه يتصف بالنفاذية وذلك من خلال وظيفة تأمين التبادلات ما بين مختلف المجالات النفسية (D.Houzel, 2005) التي تدخل ضمن الوظائف التي وجد من أجلها والتي سيتم عرضها في العنصر التالي.

6.وظائف الغشاء النفسي:

بما أن الغشاء النفسي يمثل بنية **(Structure)** ولكل بنية وظيفة، فلقد تم تحديد مجموعة من الوظائف أولا من طرف **S. Freud** وثانيا من طرف **D. Anzieu** وهذا ما سيتم عرضه في هذا العنصر.

6-1/ وظائف الغشاء النفسي حسب س.فرويد S. Freud : تجدر الإشارة أن أعمال **S.Freud** تتموقع في بداية التنظير للغشاء النفسي، لذلك نجدها تركز على "الأنا"باعتبار أنه تم تناوله بمفهوم الغشاء النفسي حينها ولو ضمنيا، وعلى ذلك فإن الوظائف التي حددها فرويد للأنا كغشاء يمكن تلخيصها في الخصائص (المميزات) التالية:

6-1-1/ الانتباه L'attention: هذه الوظيفة تسمح للأنا باستثمار إدراكات الموضوع المرغوب، فقد يركز الإنتباه على مثيرات قادمة من العالم الخارجي وقد يركز على مثيرات (ذكريات) قادمة من العالم الداخلي، وبهذا يكون الأنا في اتصال من جهة بالداخل ومن جهة أخرى بالخارج وهذا ما يجعل منه حاجز.(D.Anzieu, 2000)

6-1-2/ التمايز: يتكون الأنا من خلال عملية التمايز عن الهو، فهو يمثل الجزء السطحي من الهو الذي يدخل في الاتصال مع العالم الخارجي بصيغة أخرى فهو السطح الذي يتلقى ويسجل آثار التفاعل مع العالم الخارجي. (S.Freud, 1923)

6-1-3/ الحكم Le jugement: الأنا هو مكان وظيفة الحكم التي تسمح بتجنب تحطم النفس (Effraction du psychisme) من الداخل نحو الخارج فالأنا يتعلم أن لا يستثمر الصور الحركية إلا بتوفر بعض الشروط إلى جانب الإدراك، كما أن وظيفة الحكم هذه مهمة لتجنب التفريغ الحركي (Décharge motrice)غير المناسب وغير الفعال مثل الهلاوس.

6-1-4/ وظيفة الدفاع: أي الميكانيزمات الدفاعية التي تحمي النفس من تحطم قادم من الخارج، الكبت يسمح بتجنب تحطم "حواجز الإتصال وغزو العالم الداخلي بكميات كبيرة من الإستثمارات، مع العلم أن **S. Freud** حدد"الكبت" في تلك الفترة بهذا الشكل وأعاد تناوله في فترات لاحقة بصورة مختلفة تماما (D. Anzieu, 2000)

من الملاحظ أن الوظائف التي جاءت في (L'esquisse) قد تناولها **S. Freud** بصفة طاقوية في حين أن مفهوم الغشاء النفسي حسب **D. Anzieu** وآخرون، فهو مفهوم موقعي(Topique).هذا ما دفعه إلى (تحويل) تغيير في نوعية الوظائف حسب مراحل، وهذا ما سوف نلاحظه في العنصر التالي.

6-2/ وظائف الغشاء النفسي حسب د. آنزيو D. Anzieu: تمت الإشارة سابقا إلى أن الوظائف التي جاء بها **D. Anzieu** للغشاء النفسي هي وظائف تحمل الصفة المكانية وحتى توصل إليها مر بمرحلتين.

ففي 1984 اقترح سبعة وظائف "للأنا-جلد" وهي كالتالي:

6-2-1/ وظيفة المحافظة على النفس: التي توافق وظيفة(Holding)عند **D.W. Winnicott** حيث يقول في هذا الصدد:"الأنا-جلد هو جزء من الأم، الذي استدخل والذي يحافظ على النفس في حالة عمل، مثل الأم تحافظ على جسم الطفل في حالة وحدة وصلابة" يتم من خلال الاستدخال الأمومي".(D.Anzieu, 1985, p97)

6-2-2/ وظيفة الإحتواء: مثلما يغطي الجلد كل الجسم، فإن الأنا- جلد يهدف إلى تغطية كل النفس (الجهاز النفسي) (D.Anzieu, 2000) وتتم هذه الوظيفة من خلال تقمص وظيفة الأمومة.

(D.Bourdin, 2007)

6-2-3/ وظيفة صد-الإثارة : من خلالها يتم استقبال الإثارات الخارجية بكميات أو أجزاء يتمكن الداخل من تحملها، وبهذا تعمل هذه الوظيفة على حماية المكونات النفسية الداخلية

(S.Freud, 1920)

6-2-4/ وظيفة الفردانية Fonction d'individuation: التي من خلالها تكتسب الذات الإحساس بالفردانية، أي أن الشخص يحس أنه كائن فريد من نوعه.

6-2-5/ وظيفة المابين- حواسية Inter- sensorialité: التي تنتهي بتكوين إحساس مشترك والوظيفة تكمن هنا في الربط بين الإحساسات من طبيعة مختلفة حيث يقول**D. Anzieu** الأنا-جلد هو سطح نفسي يربط بين الإحساسات من طبيعة مختلفة، ويجعلها تحس وكصورة فوق هذه الخلفية الأولية وهي الغشاء اللمسي "(D.Anzieu, 1985, p103)

6-2-6/ وظيفة "سند" للإستثارة الجنسية: فجلد الرضيع يعتبر موضوع الإستثمار الليبيدي للأم حيث ان الإتصالات ما بين جلد الطفل وجلد الأم التي ترافق الرعاية الأمومية تحضر للجنسية الذاتية وبهذا

فإن الأنا- الجلدي يمكن من تحديد موقع المناطق الشبقية ويساهم في تحديد الفرق بين الجنسين(جاء في رقية نجادي، 2009).

6-2-7/ وظيفة إعادة "الشحن اللبيدي" Recharge Libidinale: والتي يربطها **D. Anzieu** بوظيفة تسجيل الآثار الحسية اللمسية(D.Anzieu, 2000).

- كما أضاف**D.Anzieu** سنة 1985 في عمله حول الأنا- جلد وظيفتان وهما:

أ -**وظيفة تسجيل آثار حسية لمسية :** التي منذ ذلك ميزها عن وظيفة إعادة الشحن اللبيدي، كما أنه يشبه أو يقرب هذه الوظيفة من مفهوم Le Pictogramme الذي اقترحته **P. Aulagnier** في سنة (1975)

ب -**وظيفة التدمير الذاتي :Autodestruction** ويطلق عليها بالوظيفة السامة والتي تم حذفها من القائمة في وقت لاحق.(A.Ciccone, 2001)

تجدر الإشارة هنا إلى أن وظائف الأنا- جلد والغشاء النفسي إذا كانت تستند على وظائف الجلد فإن هذا الإعتماد أو الإستناد مجازي وليس تناظري، كما هو الحال في التكوين.

7.أنواع الأغشية النفسية:

يقول **G.Lavallé** كملخص لعمل **J.Guillaumin** حول "الأغشية النفسية "سنة 1987: "لا وجود للأغشية إلا بصيغة الجمع" (D.Anzieu, 2000, p43)

من هذا المنطلق فإننا نجد العديد من المفكرين الذين أعادوا تناول فرضية فرويد **S. Freud** حول "حدود الأنا" من أجل بناء مفهوم "الغشاء النفسي" وفي هذا الصدد توجد أعمال **D. Anzieu** الذي اقترح عدة أنواع من الأغشية النفسية ومنها:"غشاء صوتي للأنا" سنة 1976 التي أعادت العمل عليه **E. Lecourt (1987)**تحت إسم "**الغشاء الموسيقي**"، وفي هذا الصدد يعتبر **D. Anzieu** أن المجال الصوتي هو المجال النفسي الأول، لأن الصوت حاضر في كل حين و في كل مكان سواء كان داخلي أو خارجي و ها هنا هيكلة المجال النفسي تقف وراءها نوعية الإستجابة المتاحة من طرف المحيط الحاوي أي إرسال إشارات تتضح من خلالها مدى الإستجابة الحركية و كذا العاطفية بمعنى إستجابة طلب اللذة باللذة و الألم بالأمن و الطمانينة وكما تقول **E. Lecourt** "حتى يكون هناك غشاء صوتي يجب أن يستند المعاش الصوتي على تجربة لمسية بصرية "(E.Lecourt, 2000, P197)، وفي كلامنا عن **الغشاء الصوتي** لابد أن نتكلم عن الاتصال الجاري مع المحيط الخارجي إذ منذ الشهر

الثالث يدخل الجنين في إتصال مع العالم الخارجي ، بمعنى يسمع، و أول ما يسمع لحظة ميلاده هو صراخه أي صرخة الميلاد. كما أنه يصدر أربعة أنواع من الأصوات بعد ميلاده و المتمثلة في :

صراخ يعبر به عن الجوع، و صراخ يعبر به عن الغضب، بالاضافة إلى صراخ يعبر به عن التألم سواءا كان داخلي أو خارجي، و كذا صراخ يدل به عن الإحباط. كل على حدى يتميز بخصوصيته، وصراخ التعبير عن الجوع هو الذي يعتبر بالتوظيف الأساسي لدى الرضيع.

ما يجعل الأم تبحث محاولة منها في معرفة طبيعة الصراخ إذ ما يتسم به الصوت عامة وصوت الأم على وجه الخصوص هو إنطباع الطمأنينة الذي تتركه بمجرد ملامسته وتكليمه و بهذه الطريقة. إذن **الغشاء الصوتي** الذي يميز الأم عن غيرها هو الذي سيسمح للطفل من تكوين أولى العلاقات التي تتسم بسيرورة صوتية باعتبارها النمط و النموذج و الإيقاع وبالتالي ما يحدد المعاش الصوتي من خلال الإثارات الصوتية التي يستقبلها الرضيع بناءا على المبادلات الجارية مع المحيط الخارجي . (E.Lecourt, 2000, P200-201)

تجدر الإشارة إلى أن **D.Anzieu** لم يحصر أعماله حول الأغشية النفسية في سجل الحواس مثل:

السمع والرؤية والشم والذوق واللمس فقط بل تعداها إلى سجلات أخرى بعيدة عن الوظيفة الحسية .ومنها:

غشاء الحلم (L’enveloppe du réve)حيث أطلق عليه **D. Anzieu** سنة (1987) بـــ "قشرة الحلم" (La Pellicule du réve) وأعاد تناوله **Missenard** تحت إسم "غشاء الحلم" والذي يقوم بعمل تنظيمي على 03 مستويات:

أ –**مكاني:** ما بين الشعور واللاشعور.

ب -**إقتصادي:** تحويل العاطفة والرغبات اللاشعورية إلى تصورات بصرية ولفظية.

ت -**دينامي:** تمثل صورة للصراعات اللاشعورية والرغبات المكبوتة.

غشاء الحلم كما سطره **D. Anzieu (1985)** يعيد بناء الغشاء النفسي: "الحلم يعيد نسيج ما أفسدته الحياة في الأنا الجلدي"(D.Anzieu, 2000, p85).

الغشاء الجماعي(L’enveloppe groupale) حسب **D. Anzieu** فإن الجماعة هي غشاء يضم مجموعة من الأفراد، يتمثل في جهاز مكون من القواعد التي يمكن رصدها في ملتقيات دينية أو نفسية أو اجتماعية وهذه القواعد قد تكون: عادات، تقاليد، طقوس... أي أن شبكة القواعد هذه هي شبكة

رمزية من شأنها ضمان استمرارية الجماعة من خلال وظيفة الإحتواء والحماية والتصفية لما يمكن أن يأتي من الخارج أو يخرج من الداخل. (D. Anzieu, 1985)

يوجد كذلك كتاب آخرون تطرقوا إلى أنواع أخرى من الأغشية النفسية ومنها:

نجد كذلك **M. Enriquez** الذي اقترح"غشاء الذاكرة" وما قد يصيبها من ثقوب (R.Scelles, 2003) يوجد كذلك **Stern** الذي تحدث عن الغشاء القصصي. (B.Chouvier, 2004)

نشير إلى أن حقل الأغشية النفسية حقل جديد وخصب والإكتشافات فيه في تطور مستمر، مما يؤهل فكرة اكتشاف أنواع أخرى للأغشية النفسية غير التي ذكرت والتي يضيق المكان لذكرها لكن هذه الخصوبة في هذا المجال لا تنفي إمكانية تعرضه لأخطار واضطرابات تنعكس على كل البناء النفسي وعلى الشخصية عامة.

8. إضطراب الأغشية النفسية:

تمكن مجموعة من المحللين من وصف الأخطار أو الاضطرابات التي يتعرض لها الغشاء النفسي سواء قيل التكوين أو بعد التكوين والتي من شأنها أن تؤدي إلى نتائج نفس- مرضية ومنها:

8-1/ج.دورون J.Doron (2000): بالنسبة لهذا المفكر فإن كل إصابة للغشاء النفسي بإمكانها أن تحدث خلط بين الألم الداخلي والعالم الخارجي وكذا بين العالم النفسي والعالم الطبيعي، من بين الأمثلة التي قدمها:

8-1-1/ البارانويا La paranoia: بالنسبةلـ **J.Djoron** الشخص الذي له توظيف نفسي بارانوي يكون عشاؤه النفسي قاسي وصلب Rigide والذي يمكن أن يتحطم في حالة مروره إلى الفعل Le passage à l’acte سواء بالعدوانية الموجهة نحو الذات أو الموجهة نحو الغير، مع العلم أن في حالة التوظيف البارانويا الشخص يحمي نفسه بالإسقاطات العدوانية والمهدمة.

8-1-2/ الإكتئاب La dépression: هذه الحالة معاكسة للحالة السابقة فهنا العالم الخارجي بإمكانه أن يغزو العالم النفسي الداخلي، إلى أن يصبح الداخل والخارج سواء ولا فرق بين الموضوع والمحتوى النفسي وهذا النموذج يساعد في فهم حالات الإكتئاب، حيث يعيش الشخص في عالم بلا معنى ويحس معاناة نفسية غير محتملة.

8-1-3/ تناول المخدرات: في بعض الحالات تتعرض الأغشية إلى عملية نزع استثمار وفي هذه الحالة يصارع من أجل صيانة أو إعادة تنظيم العلاقة مع الواقع وهنا يلجأ إلى بعض المواضيع التي من شأنها الحفاظ على إنسجامه ، وحسب الدرجة أو الشدة الشخص يحس أنه يستفرغ تدريجيا أو فجأة من التصورات، وهنا سيحاول البحث عن إحساسات يمكن أن ترتبط بأفعال بالإعتماد على مخدرات مباحة أو غير مباحة يؤدي مفعولها إلى الإحساس بهوية منسجمة. (D.Anzieu, 2000)

8-2/ ب.جيبيلو B. Gibello (1995): تمكن هو الآخر من وصف اضطرابات الأغشية النفسية التي يطلق عليها(**Les Contenants De la Pensée**)حيث يقول أنه عندما يكون بناء الأغشية النفسية غير طبيعي أي غير سوي فإن التشوهات تظهر على المستوى العيادي في شكل اضطرابات في الذكاء أما إذا كانت عاجزة فينتج اضطرابات كبيرة في الوظيفة الرمزية للزمان والمكان والتصورات العقلية وكذا الصعوبات في التعلم. (A.Cccone, 2001)

8-3/إبيك E. Bick (1960): قامت بوصف كيف إن إضطرابات الجلد الأول يمكن أن يؤدي إلى تكوين ما أطلقت عليه بالجلد الثاني حيث يعوض به الطفل تبعيته إلى الموضوع الحاوي بشبه- استقلالية من خلال خلق بديل لهذه الوظيفة للجلد الحاوي، وهذا الجلد الثاني قد يكون من نوع عضلي كما نجده عند الذهان أو تصلب الجسم أو الحركة الزائدة (Agitation) التي يحمي بها الطفل نفسه من قلق الاحتضار البدائي (Angoisse Agonistique Primitive)إذن حسب **E. Bick** سلوكات عديدة يمكن تفسيرها كإجابة عن ضرورة تكوين جلد ثانوي عندما يعجز الطفل عن إستدخال موضوع حاوي بشكل كافي ما يجعله يحوي نفسه بنفسه. (A.Ciccone, 2001)

8-4/ف.تيستين F. Tustin (1981): تحدثت عن التوحد كشكل من أشكال عجز إستدخال وظائف الإحتواء للثدي، بسبب انشطار الحلمة، فالبنسبة إليه ا الحلمة تمثل الدعامة (Support) الهوامية للمكونات الأبوية، المتمثلة في الصلابة والكثافة والثدي يمثل الدعامة الهوامية للمكونات الأمومية، المتمثلة في المرونة والإستقبال والحلمة تمثل وسيط بين موضوع الطفل(الثدي) ونزواته في تحقيق الإشباع. وفي نفس الوقت تمنع تحطم الثدي وإمتلاكه، وهنا تقول **F. Tustin** أن الإنشطار بين الحلمة والثدي الممثل بهوام الحلمة المفصولة عن الثدي، هذا الإنشطار يمنع تكوين جلد نفسي حقيقي ويوقف عمليات الإستدخال، وهذا ما يؤدي إلى التوحد واقترحت في هذا الصدد

إدماج المعاني المتضادة في علاج هذا الإضطراب والتي ترجع إلى ثنائية قطبية أمومية–أبوية مثل: قاسي / لطيف صلب/ طيب.(D.Anzieu, 2000)

8–5/د.هوزل D. Houzel (1986): تصور الأخطار التي يمكن أن تتعرض لها الأغشية النفسية، وهذا التصور يستند على النموذج الفيزيائي لتفاعل القوى، وهو كالتالي:

8–5–1/ الإنهيار L'effondrement: في هذه الحالة عندما يكون الغشاء النفسي غير مدعوم بقوة خارجية تحقق له الإنسجام فإن شكله يتغير ويتشوه.

8–5–2/ الإنفجار L'explosion : عندما تكون القوى الداخلية أقوى من صلابة الغشاء النفسي يمكنها أن تغير شكله(تشوهه) أو أن تحطمه وعادة بصورة انفجارية.

8–5–3/ الغزو L'impulsion : عندما تكون القوى الخارجية أقوى من الغشاء النفسي يمكن أن يؤدي دخولها الوحشي إلى تشوه الغشاء أو تحطمه (S.Tisseron, 2005)

وإجمالا لما تم ذكره قام **D. Anzieu (1985)** في كتابه**(Le Moi-Peau)**بتلخيص لكل المعاناة التي يمكن أن تسببها الحدود والتي تظهر في النقاط التالية:

- عدم التأكد من الحدود بين الأنا النفسي والأنا الواقعي والأنا المثالي.
- عدم الفصل الواضح بين ما يتعلق بالذات وما يتعلق بالآخر.
- تذبذبات مفاجأة للحدود مصحوبة بسقوط في الإكتئاب.
- عدم التمييز النزوي يجعل الشخص يحس صعود النزوة كعنف وليس كرغبة.
- الشعور بالجرح النرجسي بسبب الضعف أو التصدعات في الغشاء النفسي كنتيجة لتراكم الثغرات النرجسية.
- إحساس شامل بعدم الراحة.
- الشخص يحس نفسه كمشاهد (متفرج)على شيء و هو في الواقع وجوده الخاص.

(D.Anzieu, 1985)

تظهر الأهمية البالغة للتكوين السليم للأغشية النفسية من أجل الحفاظ على كيان الشخص وهويته وإندماجه. هذه العناصر الثلاثة لا يمكن إكتسابها إلا من خلال الجماعة التي تحضن الشخص، والتي بدورها يجب أن تضمن سلامة عيشها الذي تهدده الكثير من الأخطار والإضطرابات.

9. إضطرابات الغشاء الجماعي:

جل الأخصائيون متفقون في القول بأن نمو الشخصية لأي شخص مرتبط بتأثير محيطه خلال الطفولة الأولى، إذ أن هذا المحيط هو الذي يعطي معنى الإجتماعية أي القدرة على إيجاد اتصالات مع العالم الخارجي الذي يحيط به وعلى تكوين صداقات وعلى إعطاء وتلقي الحب، وعلى القدرة على تكوين علاقات إجتماعية "سوية" والعيش بصورة "سوية" وسط جماعة"سوية" بإمتيازاتها وإلتزاماتها.

(Ph.Malrieu, 1973)

عادة أول جماعة تضم الشخص هي العائلة وبعد العائلة يأتي المجتمع وكل منهما له غشاؤه والذي يحميه حيث يقول **D.Anzieu(1984)** أن الجهاز النفسي سواء كان فردي أو جماعي فمن المهم أن يكون هناك غشاء يحويه ويحده ويحميه، كما يسمح له بالتبادلات مع الخارج والمتمثل في جملة القيم والمبادئ والسلطة أو الإيديولوجية التي لا تمثل فقط مواضيع (بالمعنى التحليلي) يستثمرها الشخص بشكل قوي لكن هي هوية مؤسسة للجماعة، هذا ما يطلق عليه **D.Anzieu** الغشاء الجماعي والذي له وظيفة احتواء العمليات النفسية خاصة اللاشعورية التي تحدث بين الأفراد في شكل قوة تضمن وحدة الجماعة واستمراريتها وانسجامها كما يضمن كذلك تمييزها بين الداخل والخارج، مع وجود منطقة انتقال بين المجالين تسمح بخلق تبادلات معينة، كذلك مع وجود حواجز مانعة لأشكال أخرى من التبادلات. (D.Anzieu, 1984)

هذا التعريف يأخذنا مباشرة إلى مفهوم البنية التي تمثل حسب **R. Perron (2000)** وحدة وظيفية تحقق نظام تحويل، تديره قوانين الضبط الذاتي. كما يضيف كذلك مع مجموعة من التحليليين، هذه البنية لها خصائص وهي الشمولية، الإنسجام الاستمرارية، حتى تحافظ عليها، يجب أن لا تبالغ في الإنغلاق لأنه سيقودها إلى إنعدام التبادلات مع الوسط الخارجي وتوقفها، وكذا لا تبالغ في الإنفتاح وهذا ما يطرح مشكلة الحدود واللاتمايز بين الذات واللاذات.

هذه المخاطر المتمثلة في الإنغلاق التام أو الإنفتاح التام والتي تهدد الغشاء الجماعي كبنية، نشهدها اليوم كنتيجة للتغير الإجتماعي، الذي يضرب بالقيم التقليدية التي تقول عنها **F. Zidani(1992)** أنها إسمنت حقيقية يربط أجزاء الجماعة.

نظرا إلى أن العائلة هي الوحدة الأساسية لبناء المجتمع أو كما يقول محمد بيومي وعفاف عبد العظيم "الأسرة هي الخلية الأولى في جسم المجتمع" فإن كل ما يصيبها يعود بالضرر على المجتمع ككل من جهة و كذا على كل فرد كوحدة مستقلة داخل الجماعة.

(محمد بيومي و عبد العليم دلال،،2008، ص 20)

خلاصة الفصل :

كما كان لإكتشاف الغشاء النفسي قفزة نوعية في إطار النظرية التحليلية،و فتحت المجال أمام إسهامات كبيرة كشفت الغطاء على تساؤلات عديدة، إلا أن موضوع الغشاء النفسي مازال يشكل حقلا خصبا لمن يود الخوض فيه، نظرا لما ينطوي عليه من غموض وتعقيد وتجريد، الشيء الذي يسمح بإجراء أبحاث أخرى من أجل إدراك بعض النقائض خاصة تلك المتعلقة بالفروق بين الجنسين وفي هذا المجال رغم الفروق التشريحية على المستوى الجسمي بين الذكر والأنثى إلى أنها لم تؤخذ بعين الإعتبار، ومع أن الأنواع التي ذكرت فيما يخص الأغشية النفسية كثيرة، إلا أننا نلاحظ إهمال شبه كلي لخصوصيات الإناث ومن هنا يطرح السؤال عن إمكانية وجود أغشية نفسية تخص الأنثى وحدها.

الفصل الرابع

الصمم و الزرع القوقعي

تمهيد

1 -تشريح وفيزيولوجية الأذن.

2 -تعريف الصمم.

3 -أسباب الصمم.

4 -أنواع الصمم.

5 -أثر الصمم على اكتساب اللغة.

6 -لمحة تاريخية عن الزرع القوقعي.

7 -تعريف الزرع القوقعي.

8 -مكونات جهاز الزرع القوقعي .

9 -أنواع جهاز الزرع القوقعي

10 -كيفية عمل الجهاز.

11 -كيفية تركيب الجهاز.

12 -شروط إجراء عملية الزرع القوقعي.

13 -كيفية إجراء عملية الزرع القوقعي.

14 -المشاكل و التعقيدات الناجمة عن عملية الزرع القوقعي .

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الجهاز السّمعي نافذة الإنسان التي يطل منها على المجتمع الذي حوله، يتفاعل من خلالها مع البيئة المحيطة به، ويستطيع إكتساب اللغة اللفظية المنطوقة و المستعملة في التخاطب والتعلم والعمل...، وإذا ما أصيب الجهاز السّمعي، تنقص بالتالي القدرة السّمعية جزئياً أو كلياً إلى درجة قد يتعذر معها قيام الفرد بوظائفه وأدواره الأساسية في الحياة ما لم يقدم له التدريب والتأهيل المناسبان، ويعد الكشف المبكّر للصّمم حجر الاساس في أي برنامج تدخّل مبكّر للّصمم عند الأطفال، إذ أظهرت الدراسات البيولوجية أن أكثر من 78 مورث قد يكون مسئول عن الصمم الخلقي، الذي قد يتناقل عبر الأجيال في نفس العائلة، و شهد عام 2005 إصابة 278 مليون شخص في جميع أنحاء العالم بحالات معتدلة أو بالغة من فقدان السمع، علماً بأنّ 80% من المصابين يعيشون في مختلف أنحاء العالم. ويجدر أيضا التأكيد على أن تحديد أسباب الصمم أمر بالغ الصعوبة، لكن على ضوء هذا الواقع تم التفكير بأسلوب أو طريقة تساعد هذه الشريحة على تجاوز الإصابة الحسية لديه و المتمثلة في الصمم ، بزرع القوقعة حتى يتمكن الأصم من الإحساس و إدرك الصوت والكلام ويوصل هذا الإحساس إلى العصب السمعي ثم الدماغ ليتمثل هناك بواقعه إن كان صوتاً أو كلاماً مكوناً من ذبذبات مختلفة.

تجدر الإشارة إلى أن قبل الكلام عن الصمم سوف نتطرق في هذا الفصل إلى تشريح و فيزيولوجية الأذن حتى يتسنى لنا فهم طبيعة الإصابة الحسية التي نحن بصدد الكلام عنها و من ثم نعرض قناة الإتصال الجديدة المتمثلة في جهاز الزرع القوقعي.

1. تشريح وفيزيولوجية الأذن:

الأذن عضو حسي عصبي لها وظيفة مزدوجة تتمثل في السمع والتوازن وتتكون من:

أ -**الأذن الخارجية:** ويكمن دورها في إستقبال الأصوات.

ب -**الأذن الوسطى:** وهي تشمل على مجموعة تجاويف هوائية ولها علاقة مع البلعوم عن طريق قناة أوستاش، وتتكون من:

- صندوق الطلبة وسلسلة العظميات (caisse du Tympan et Chaine des Osselets)
- نتوءات حلمية للعظم الصدغي (Mastoïde)
- قناة أوستاش(Trompe d'eustache)

ج - **الأذن الداخلية:** وهي العضو الرئيسي للسمع وتشمل على:

- قسم سمعي أو قوقعي (Partie auditive ou cochléaire).
- قسم توازني (S.B.Maisonney, 1975, P10).

1-1/ الأذن الخارجية: وتتكون من صوان الأذن ومجرى السمع الخارجي.

1-1-1/ الصوان : هو عبارة عن صفيحة ليفية مثبتة وهو المظهر الخارجي للأذن، حيث يوجه الموجات الصوتية نحو مجرى السمع الخارجي.

1-1-2/ مجرى السمع الخارجي: هو عبارة عن قناة، تنبعث إلى الداخل وتنتهي عند الغشاء الطبلي، الذي يفصل بين الأذن الخارجي والوسطي.

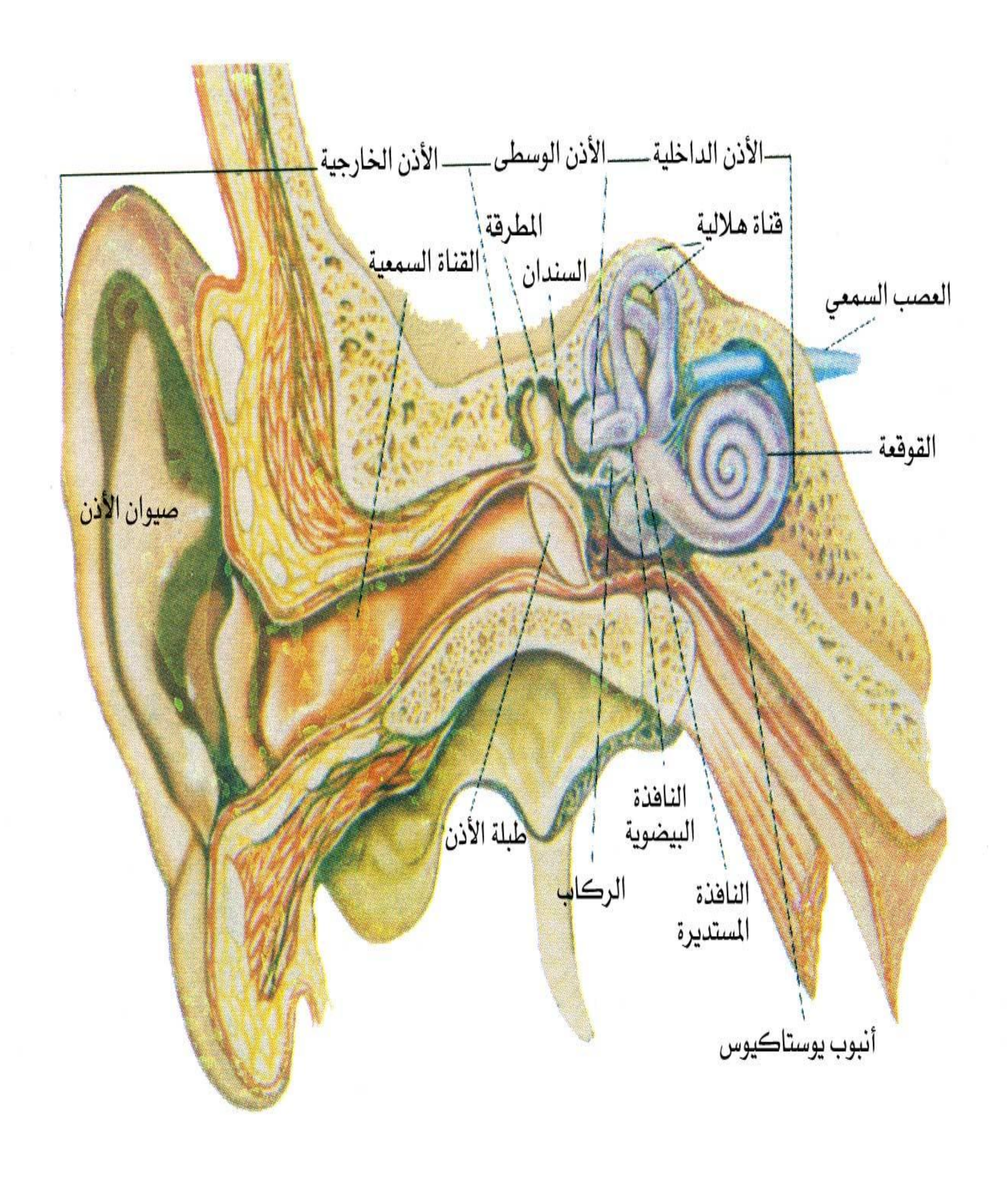
1-2/ الأذن الوسطى: وهي عبارة عن مجموعة تجاويف تقع ما بين الأذن الداخلية، التي من أعضاء حسية عصبية والأذن الخارجية، التي ترسل لها الموجات الصوتية،والهواء المرسل إليها بواسطة قناة أوستاش (A.Dumont, 1997).

تتكون الأذن الوسطى من سلسلة العظميات الثلاث وهي : المطرقة Marteau السندان Enclum، والركاب Etrier، وهي مرتبطة مع بعضها البعض بواسطة مفاصل، مغطاة به مخاطية الصندوق، وتشكل سلسلة تخترق عرضيا صندوق الطلبة والغشاء الطبلي إلى غاية النافذة البيضوية (la fenêtre ovale)

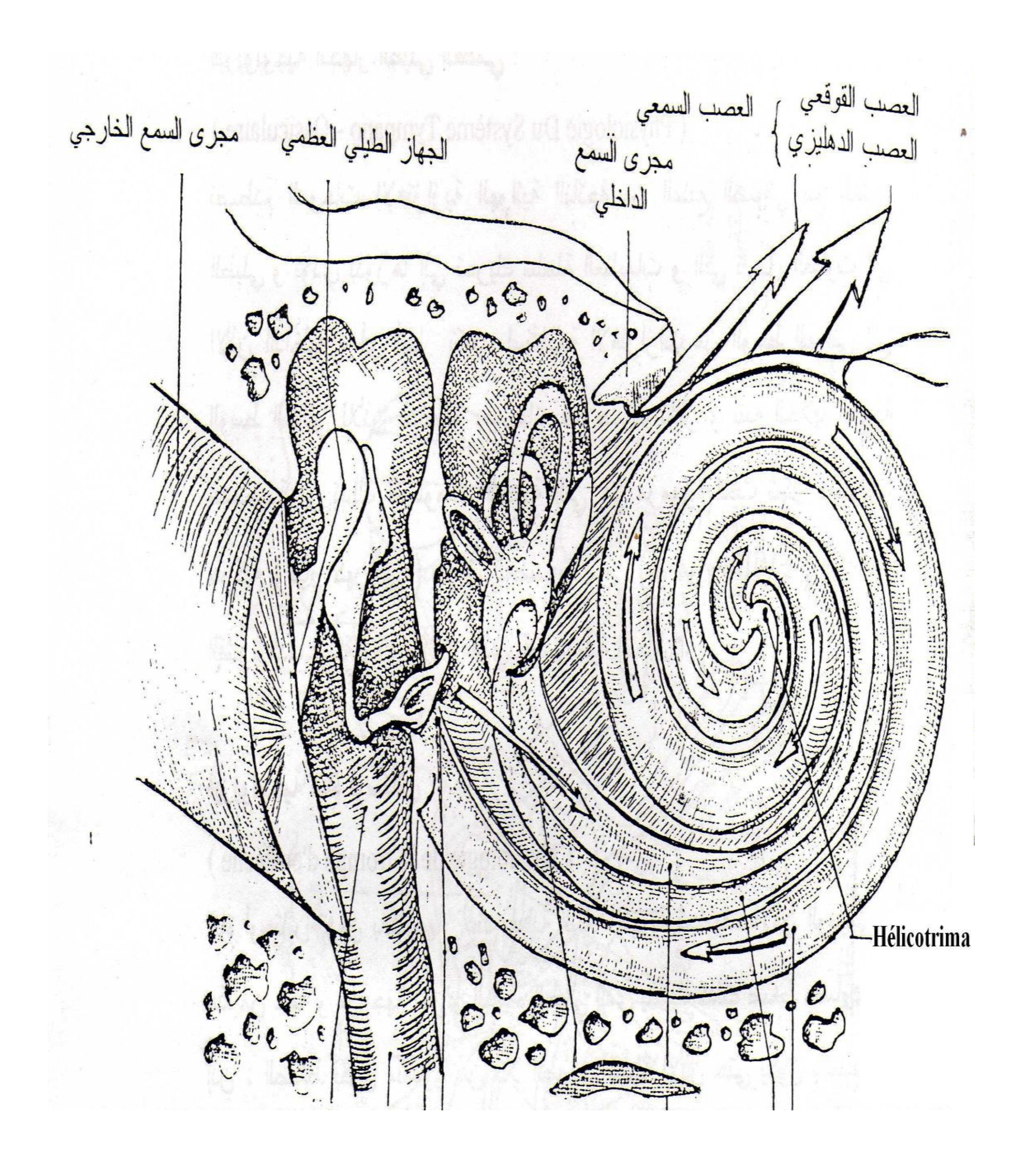
1-3/ الأذن الداخلية : تقع في العلبة القحفية، وتتكون من مجموعة أعضاء حسية عصبية موجهة لعضوين:

- الأول موجه لوظيفة السمع أو الجهاز القوقعي (Appareil cohéaire).
- الثاني له وظيفة التوازن، أو الجهاز الدهليزي(Appareil vestibulaire)

وهاته الأعضاء الحسية العصبية تتمركز داخل مجموعة التجاويف، حيث أن الحاجز الدقيق هو الذي يكون غشاء تجويف الأذن الداخلية،وتتمركز داخل تجويف عضمي وقائي يسمى تجويف الأذن الداخلية العظمي (Labyrinthe osseux). (انظر الشكل رقم 01 و 02)



الشكل رقم (01) : رسم تخطيطي لتشريح وفيزيولوجية الأذن



الشكل رقم (02): الدور الفيزيولوجي في الإرسال الصوتي

2. تعريف الصمم:

إن مصطلح الإعاقة السمعية مصطلح عام و يغطي مدى واسع من درجات فقدان السمع الذي يعوق عملية الكلام و اللغة ، كما تعددت تعاريف الصمم، فهناك من يعرفهحسب الدرجة، النوع، أو السبب، واتفق جل الأخصائيين على أن الصمم هو كل انخفاض أحادي أو ثنائي مهما كان تموضعه أي على مستوى الأذن الداخلية، الوسطى أو الخارجية و بالتالي هناك عدة تعاريف للإعاقة السمعية ، نذكر منها :

عرفت المنظمة العالمية للصحة الطفل الأصم: على أنه ذلك الطفل الذي له قدرة سمعية غير كافية بحيث لا تسمح بتعلم لغة محيطه ولا المشاركة في النشاطات العادية التي توافق سنه ولا مواصلة التعليم و الاستفادة منه.(OMS, 1979)

في حين يعرف " لويد 1973" الصمم أنه تلك الإعاقة السمعية التي تعني انحرافا في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي اللفظي، وشدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند فقدان السمع، والعمر عند اكتشاف الفقدان السمعي ومعالجته، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث الفقدان السمعي و نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع وفاعلية أدوات تضخيم الصوت و الخدمات التأهيلية المقدمة و العوامل الأسرية والقدرات التعويضية أو التكيفية.(C. Colin, 1979) كما أن الصمم هو ارتفاع عتبة الإدراك السمعي للأصوات و هو يخص الأذن.(J.C.Lafon, 1985)

3. أسباب الصمم:

3-1/الأسباب الوراثية :

إن حالات الصمم ذات الأصول الوراثية تحدث نتيجة لانتقال حالة من الحالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة و يكون غير قابل للعلاج ، و يمكن تشخيصه بعد الولادة مباشرة . (محمد عبد السيد، 2000، ص 77).

و هناك بعض الإصابات الوراثية التي تؤدي إلى إعاقة سمعية و هي :

- زملة بونيفي أو الرنيش : تتضمن بعض الشذوذ في العظام و العضلات و يرتبط مع إضطرابات في الأعصاب الجمجمية .

- زملة فيش – رنويك : إضطراب يسبب صمم ولادي .

- زملة كليب – فيل : قصور جيني يتسبب في الإصابة بالصمم.

(شراهين رسلان، 2009، ص 91)

3-2/ الأسباب المكتسبة:

3-2-1/ الصمم الذي يظهر قبل الولادة :

و يكون بسبب :

- إصابة الأم بالحصبة الألمانية خاصة في الأسبوع السابع أو العاشر من الحمل حيث يؤدي إلى توقف نمو القوقعة .

- إصابة الأم بالمقوسات إذ تصيب الأم أثناء الحمل و ينتج عنها صمم و تشوهات خلقية.

- التضاد الدموي الذي يؤدي إلى إصابة القوقعة و يكون مصحوب بيرقات .

- الإصابة الزهرية.

- التعرض لأشعةX

- نقص مادة اليود في الجسم و انتفاخ الغدة الدرقية .

3-2-2/ الصمم الذي يظهر أثناء الولادة: و هو نتيجة:

- نقص الأكسجين أثناء الولادة .

- الولادة المبكرة و المستعسرة و التي تدوم مدة طويلة.

- جروح و إصابات أثناء الولادة نتيجة استعمال الملاقط.

- صغر حجم المولود .

3-2-3/ الصمم الذي يظهر بعد الولادة :

- الصدمات التي تحدث للمولود كالسقوط .

- العلاج التسممي للأذن كاستعمال مواد طبية بطريقة خاطئة و لمدة طويلة .

- التعرض للالتهابات كالتهاب السحايا والجذري و البكتيريا. (A.Dumont, 1997)

4. أنواع الصمم:

تصنف الإعاقة السمعية حسب عدة معايير و هي:

- حسب مراحل اكتساب اللغة.
- حسب درجة الفقدان .
- حسب مكان الإصابة .

4-1/ حسب مراحل اكتساب اللغة:

وهو يشتمل على صمم قبل لغوي و صمم بعد لغوي.

4-1-1/ الصمم القبل-لغوي:

الشخص المصنف ضمن ذلك هو شخص فقد القدرة على السمع قبل تطور اللغة وهم فئة الأطفال و قد يكون هذا النوع من الصمم خلقيا أو مكتسبا، و يشكلون نسبة 95% من الأطفال الصم في العالم. و الشريحة التي تخصهم دراستنا هم فئة الأطفال المصابين بصمم خلقي.

و يمتازون بعدم القدرة على تعلم سماع اللغة ، الأمر الذي يؤثر سلبا على تواصلهم مع الآخرين إذ واحد من عشرة من هؤلاء غالبا ما يكون لديه أحد الآباء أصم، و يدربون على التواصل من خلال لغة الإشارة و القراءة على الشفاه(عبد المطلب أمين الفريطي، 1996، ص 55)

4-1-2/ الصمم البعد-لغوي:

هم الأطفال الذين فقدوا القدرة على السمع بعد أن تكون المهارات اللغوية و الكلامية قد تطورت، أي بعد إكتسابهم الكلام و اللغة لدرجة أن آثار تعلم هذه اللغة قد تلاشت تماما، و قد يحدث فجأة أو تدريجيا حسب طبيعة الاصابة. (شراهين رسلان،2009)

4-2/ حسب درجة الفقدان :

- إن مستوى لغة الطفل الأصم تختلف باختلاف درجة العجز السمعي فهناك:

4-2-1/ الصمم الخفيف:

عتبته السمعية تقع بين 20-40 ديسبل وهنا يعاني الطفل من صعوبة في سماع الكلام و وجود خلل لفظي بسيط ، و هذا النوع قد يبقى لمدة طويلة غير ظاهر و غالبا ما يكشف عنه عن طريق اختبار

سمعي مؤخر في الوسط المدرسي فقد تلفت الأخطاء الإملائية المتكررة الانتباه لإلى وجود صمم عند الطفل.

في حالة الصمم الخفيف يمكن للمصابين الاستمرار في الأقسام العادية بدون أن تطبق عليهم طرق بيداغوجية خاصة،لكن قد يحتاج إلى ظروف إضاءة و جلوس خاصة في غرفة الصف و قد يستفيد من المعينات السمعية و من برامج لتصحيح النطق.

4-2-2/ الصمم المتوسط:

عتبة السمع تتراوح بين 40-70 ديسبل ، فالطفل يسمع الأصوات لكنه يميز بصعوبة بينها فهو لا يستطيع أن يتعرف إلا على الأكثر بروزا و لا يمكنه متابعة ما يدور حوله من محادثة عادية أو سماع الكلام من مسافة تبعد أكثر من متر أو مترين ، لكن يمكنهم استخدام أذانهم في تعلم الكلام لكن المعينات السمعية تكون ذات فائدة.

إذن التجهيز المبكر حتمي و التربية المبكرة ضرورية وإدماج الطفل في الروضة لتحقيق إمكانية دخول مدرسة عادية.

4-2-3/ الصمم الحاد :

عتبته السمعية تقع بين 70-90 ديسبل، الأصوات ذات الشدة القوية تكون مدركة وأغلبية المصابين لديهم صعوبة في أدراك العناصر اللغوية وبالتالي يحتاجون كلهم إلى تربية مبكرة وإعادة تربية أرطفونية، كما يحتاجون لصف خاص لمساعدتهم في اكتساب المهارات الكلامية واللغوية وتجهيزهم بالمعينات السمعية و يمكن إدماجهم في مدرسة عادية. (عبد المطلب أمين القريطي، 1996، ص 88)

4-2-4/ الصمم العميق:

تكون الشدة هنا تفوق 90 ديسبل ، وهي الدرجة التي لا تسمح للفرد بسماع الأصوات أما التجهيز فهو لا يعطي تمثيل كافي للضجيج الخاص بالكلام فالطفل ليس لديه لغة لفظية رغم المجهودات التي تبدل له ، فهو سجين اللغة الإشارية و قد يساعده التجهيز سوى بالقليل .

4-2-5/ الصمم الكلي:

هي حالات استثنائية و تحتاج إلى دوام كامل في مدرسة المعاقين سمعيا، تكون مزودة بالوسائل الخاصة و تستخدم أساليب خاصة لتطوير الكلام و اللغة و توظف طرق التواصل اليدوي و التدريب السمعي.(عبد المطلب أمين الفريطي، 1996، ص 144)

4-3/ حسب مكان الإصابة :

4-3-1/ الصمم الإرسالي:

يحدث نتيجة شذوذ في جهاز توصيل الذبذبات الصوتية الذي يشمل الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى مع وجود أذن داخلية سليمة .

- **أسبابه:**

- تشوه صيوان الأذن الخارجية.
- انسداد قناة السمع الخارجية نتيجة وجود جسم غريب أو بواسطة الصملاخ.
- سيلان الأذن القنوي و هي إفرازات مخاطية لقناة أوستاش تؤدي لالتهاب حاد.
- ثقب في طبلة الأذن نتيجة لإصابة بالالتهاب الصديدي الحاد.
- تعفن الأذن الوسطى .
- تصلب العظيمات الثلاث .
- انسداد بقناة أوستاش. (محمد عبد السيد، 2000، ص69)

4-3-2/ الصمم الإدراكي:

ناتج عن إصابة الأذن الداخلية و المسالك العصبية الموصلة إلى المخ حيث يترتب على هذه الحالة عدم وصول الموجات الصوتية مهما كان ارتفاعها إلى الأذن الداخلية.

- **أسبابه:**

- تلف القوقعة الحلزونية أثناء نمو الجنين.
- التسمم إما عن طريق الأدوية أو بغير الأدوية كالتبغ و الكحول.

- مرض مينيار .
- تشنج عضلي يؤدي إلى إصابة الشريان المؤدي إلى السمع الداخلي .
- الإ صابة بمرض فيروسي كالتهاب الأنف و البلعوم . (محمد عبد السيد، 2000، ص77).

5. أثر الصمم على اكتساب اللغة :

إن الإعاقة السمعية تسبب حرمان الطفل الأصم من لذة الاستماع و لذة تبادل التواصل و الإبلاغ الشفوي بسبب الاضطرابات اللغوية في حديثه ، إذن تؤثر الإعاقة السمعية على اكتساب اللغة و تختلف درجة التأثير باختلاف فترة الاكتشاف و ظهور الإعاقة و نوعية الإصابة . و الجدول الآتي يوضح ذلك :

الجدول رقم (01) يوضح أثر الصمم على اكتساب اللغة :

نوع الصمم	العتبة السمعية	مميزاته
خفيف légere	بين 20 db و 40 db	صعوبةفي سماع الكلام، وجود خلل لفظي بسيط يبقى غير ظاهرلمدة طويلة وغالبا ما يكشف عنه باختبار سمعي مؤخر.
متوسط Moyenne	بين 40 db و 70 db	الطفل يسمع الأصوات ويميز بينها بصعوبة . لا يستطيع التعرف إلا على الأكثربروزا من عناصر الكلام. الأصوات المشوهة يجب أن تصحح بواسطة متابعة التعليم الخاص، حيث التجهيز حتمي، والتربية المبكرة ضرورية.
حاد sévère	بين 70 db و 90 db	الأصوات المدركة ذات شدةقوية. أغلب المصابين لديهمصعوبة في إدراك العناصر اللغوية وبالتالي يحتاجون لإعادة تربية أرطوفونية إضافة إلى التجهيز.
عميق Profonde	بين 90 db و 120 db	الأصوات غير مسموعة والتجهيز لا يعطي تمثيل كافي للضجيج الخاص بالكلام.
كلي cophose	فوق 120 db	غياب البقايا السمعية وهيحالات إستثنائية.

(J.C. Lafon, 1985, p30)

بالرغم من ما سبق ذكرهإلا أنه في الاونة الأخيرةإمتدت الإنجازات التقنية إلى العلوم الطبية وعلم السمعيات، ومن أهم أشكال هذه الإنجازات في ميدان السمع هو تجهيز سمعي حديث يعرف بزراعة القوقعة أو الزرع القوقعي (Implant cochléaire)، وهذه التقنية يمكن أن يستفيد منها الأشخاص الذين يعانون من صمم عميق كبارا كانوا أو صغارا، وهذا النوع من الصمم ينتج عادة عن فقدان وظيفة الخلاية الشعرية في القوقعة، وبالتالي فإن النبضات العصبية لا تتولد وعليه فالنشاط الكهربائي في العصب السمعي لا يحدثمايجعل حاسة السمع محدودة او مصابة (إبراهيم عبد الله فرج، 2003، ص220)

لذا فالزرع القوقعي يعرف على أنه تقنية تجمع بين الجراحة والتجهيز، تعمل على تحويل الإشارات السمعية إلى إشارات كهربائية كما يتكون هذا الجهاز من مكونات داخلية ومكونات خارجية،وسوف نعرض الآن لمحة تاريخية حول الزرع القوقعي حتى نخوض في هذا الفصل جهاز الزرع القوقعي بالتفصيل .

(أنظر الملحق رقم04)

6. لمحة تاريخية عن الزرع القوقعي :

لقد كانت الإنطلاقة الأولى لظهور تقنية الزرع القوقعي في أواخر الخمسينات بهدف الوصول إلى إمكانية إعطاء معلومات سمعية للألياف الوظيفية المتبقية من العصب السمعي و ذلك باعادة النظر في أعمال Volta الذي لاحظ أن حاسة السمع بإمكانها أن تتجدد بمجرد بعث موجات كهربائية للأذن وذلك سنة 1870.

كان الباحثان **Djurno** و **Eyries** بفرنسا أول من قاما بعملية الزرع القوقعي لرجل يبلغ من العمر 50 سنة، مصاب بالصمم، وإستطاع أن يسمع أصوات تقارب 100 HZ ويميز بين إيقاع هذه الأصوات مما جعله يحسن من لغته الشفوية وذلك سنة 1957.

في بداية الستينات تواصلت الأبحاث ،حيث قام الباحث **House** بعمليتين جراحيتين مستخدما نظام أحادي الإلكترود سنة 1961، ثم قام الباحث **B. Simon** بإجراء عملية زرع القوقعي بزرع ستة إلكترودات في العصب السمعي سنة 1966.

كما قام الباحث **Chouard** بفرنسا بإجراء عملية زرع تحتوي على سبعة إلكترودات لشخص بالغ 47 سنة في 1976.

أجريت كذلك عدة عمليات زرع قوقعي متعددة الإلكترودات في الفترة الممتدة ما بين 1978- 1996 بأوروبا، وقد وصل عدد الأطفال الخاضعين للعملية حوالي 10000 طفل سنة 1998 وحوالي 30000 شخص من بينهم أطفال وبالغين سنة 2000.

كباقي دول العالم كانت الجزائر إحدى هذه البلدان التي قامت بعملية الزرع القوقعي وكان ذلك أول مرة في **المستشفى الجامعي مصطفى باشا** بمصلحة أمراض الأنف والأذن والحنجرة ORL على يد البروفسور "**جناوي**" في سبتمبر 2003، حيث كان أول المستفيدين إمرأتان تبلغ الأولى20 سنة والثانية 07 سنوات.

7. تعريف الزرع القوقعي :

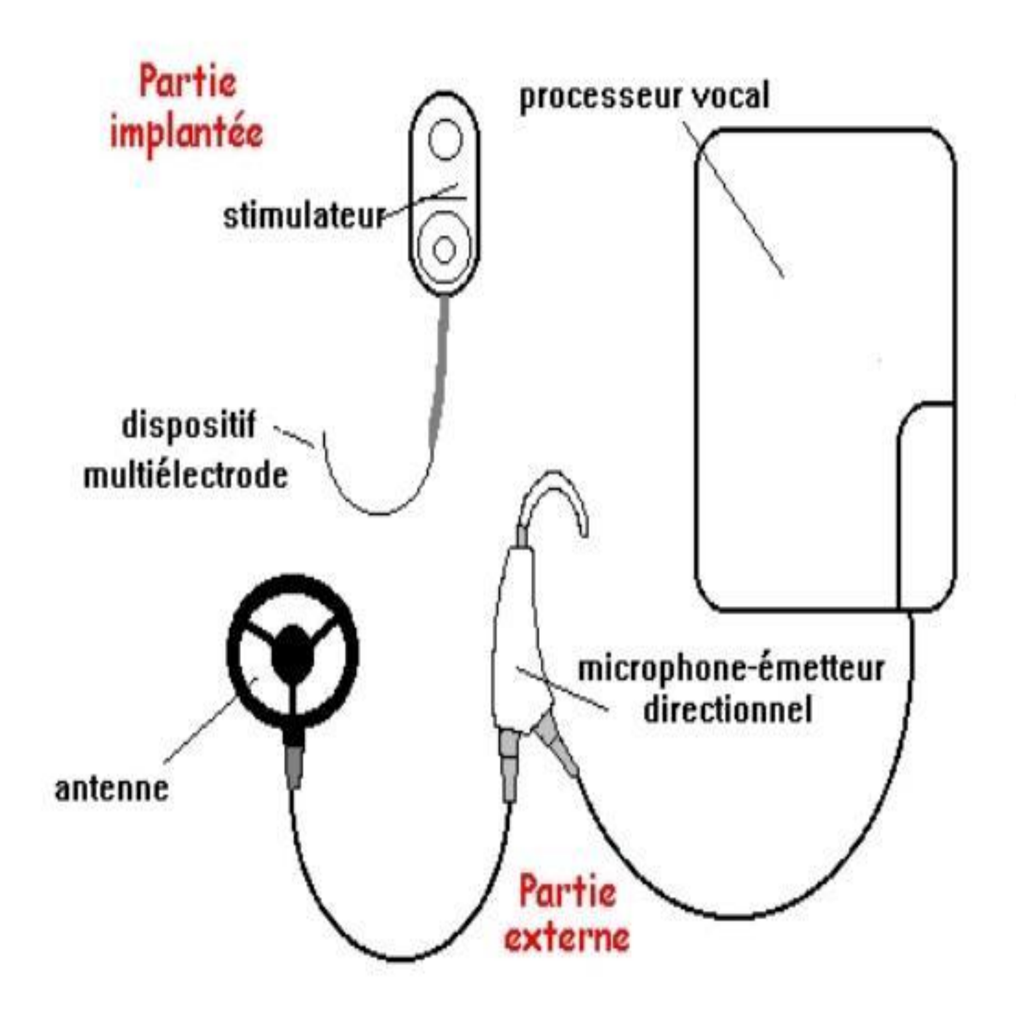
الزرع القوقعي يعرف على أنه تقنية تجمع بين الجراحة والتجهيز تعمل على تحويل الإشارات السمعية إلى إشارات كهربائية وهذا الجهاز يحتوي على 22 الكترود و عند حث تلك الالكترودات يصبح عددها 161.

وزراعة القوقعة مصممة لإثارة العصب السمعي مباشرة، إذ تزرع أقطاب كهربائية في القوقعة، و القطب الكهربائي يكون ملحقا و متصلة مع دورة كهربائية مزروعة في العظم الصدغي، والإشارات الصوتية تستقبل بواسطة الدورة المزروعة، وعندما يستقبل القطب الكهربائي الإشارة ، فإنه يزود القوقعة بإشارات كهربائية.

يجب التوضيح أن تقنية الزرع القوقعي لن تعيد السمع الطبيعي ولكنها تحسن من مقدرة الشخص على سماع الأصوات المحيطة به، وسماع الإيقاعات وأنماط النطق، كما تحسن وتسهل من عملية القراءة على الشفاه.(A.Dumant, 1997)

8. مكونات جهاز الزرع القوقعي :

يتكون جهاز الزرع القوقعي من جزئين :



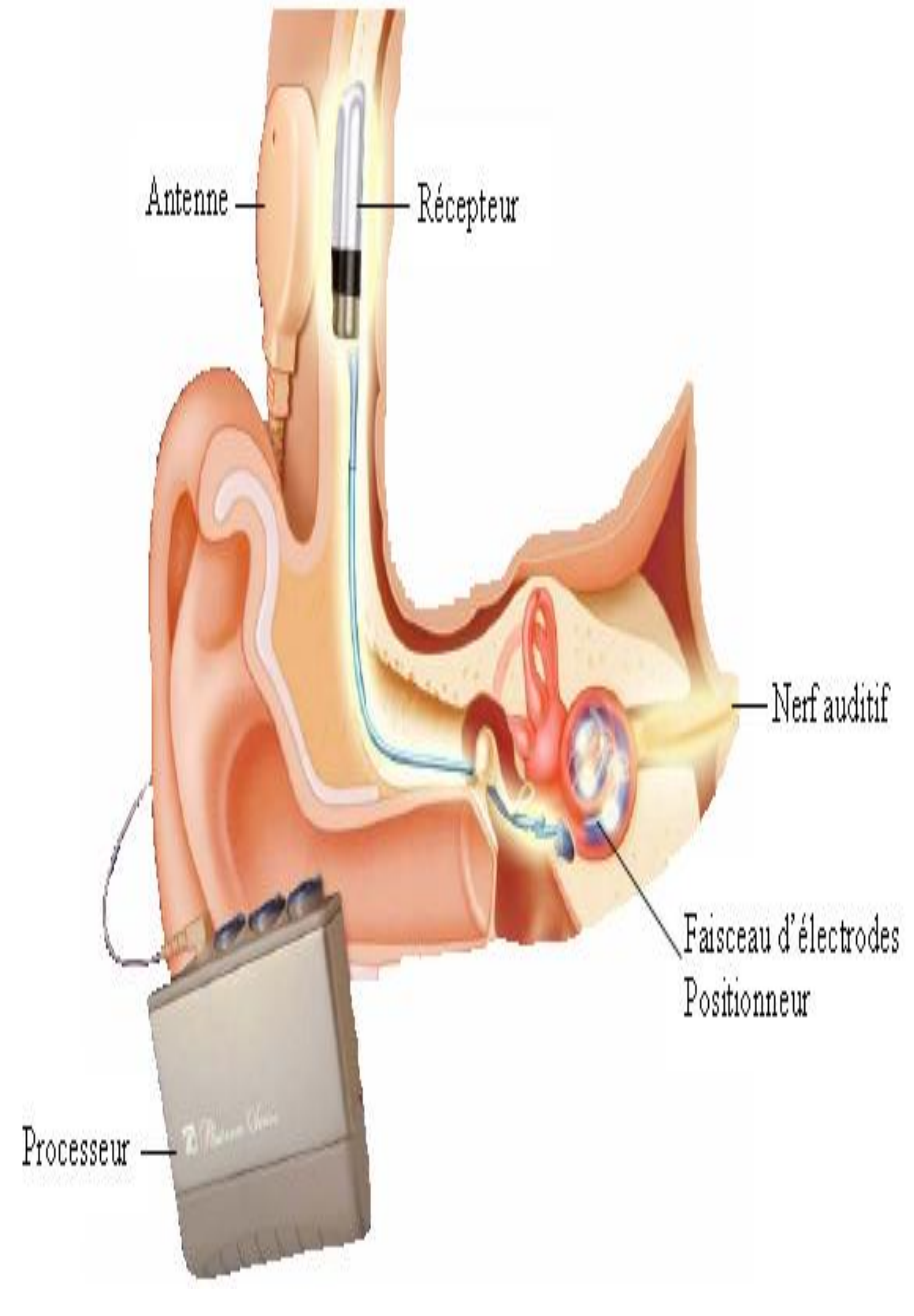
الشكل رقم (03): جهاز الزرع القوقعي

أ- جزء متحرك خارجي: و يتكون من ملتقط الأصوات، أسلاك، علبة معالجة للصوت، وهوائي.(أنظر الشكل 4)

ب-جزء ثابت داخلي: يتم زرعه بعملية جراحية، هذا الجزء المخفي يحتوي على مستقبل الصوت المتواجد في العظم الصدغي وحامل الإلكترودات المتواجد في القوقعة. (أنظر الشكل5).
(A. Dumont,1997)



الشكل رقم (04):عمل جهاز الزرع القوقعي



الشكل رقم (05): الآلة الخاصة بالأذن الداخلية و الخارجية

9. أنواع أجهزة الزرع القوقعي:

لقد ظهرت العديد من أجهزة الزرع القوقعي في سوق الأجهزة السمعية، كما أنها تختلف بعضها عن البعض في اللون، الشكل وخاصة في عدد الإلكترودات حيث نجد:

9-1/ جهاز الزرع الأسترالي: (Specra cochléaire)

يسمى غالبا « **Nucleus** » حسب الإسم القديم له، وهو الأول إستعمالا منذ سنة 1986، والذي عرف مبيعات كبيرة وكذا إنتشار واسع في العالم.

يحتوي هذا الجهاز على 12 إلكترود مع 12 حزمة إهتزازية ويبقى دائما تقنية تجمع ما بين الجراحة والتجهيز السمعي.

9-2/ جهاز الزرع الفرنسي: (Digisonic MXM)

هو جهاز عددي والأكثر حداثة عرض في فرنسا وفي العديد من البلدان الأوروبية منذ 9 سنوات تقريبا. وهو جهاز ذو إلكترود واحد كونه يعطينا مجموعة كبيرة من المعلومات بناءا على حثه للعصب السمعي وكذا إدراك الإقاعات والأصوات المحيطة بالفرد الذي يحمله.

9-3/ جهاز الزرع الأمريكي: (Clairon Minimed)

أخترع هذا الجهاز من طرف العالمين **Sybion et Richard** ويعرف أيضا على أنه جهاز عددي وهو جد قريب من الجهاز الفرنسي الذي سبق وأن ذكرناه من حيث المكونات التي يحتوي عليها لكنه معروض بنسبة قليلة بفرنسا بالإضافة إلى أنه يحتوي إلى 15 إلكترود يعطي معلومات كاملة من خلالها.

بالإضافة إلى أنواع أخرى منها:

أ – **Implant Nucleus 24 contours :** هذا الجهاز يعتبر الوحيد في الولايات المتحدة الأمريكية بإعتباره مستعمل للأطفال البالغين من العمر 12 شهرا، ويحتوي على 22 إلكترود يسمح من خلالها بتنبيه ألياف الحاسة للعصب السمعي بصفة دقيقة وكذا يسمح بالحصول على أقصى درجة من السمع.

ب **Nucleus24 :** وهو الجهاز أكثر حداثة لأنه يحتوي على 22 ألكترود من جهة ومن جهة أخرى صغر حجمه، بالإضافة إلى كثرة إستعماله لأنه مصنوع من مادة بلاستيكية تتمدد مع كبر حجم الرأس.

ت **Nucleus 24 double arry :** وهو جهاز صنع خصيصا للأشخاص الذين لديهم عظم أو نمو عظمي في القوقعة، فهو يحتوي على صنفين من الإلكترودات، وكل صنف يحتوي على 12 قناة لتنبيه المجرى السمعي.

9-4/ جهاز الزرع الهولندي: (Med-el)

يعتبر أول أجهزة الزرع القوقعي المتعدد الإلكترودات، إذ أستعمل لأول مرة سنة 1994 ولوحظ من خلال إستعماله أنه يتمتع بسرعة تفوق ألف وخمس مائة نبضة في الثانية لكل قناة. كما أنه هناك أيضا أجهزة أخرى يمكن أن نذكر منها : جهاز نمساوي وجهاز بلجيكي...إلخ.

(Y.Larose, 2001, P22)

10. كيفية عمل الجهاز :

- تلتقط الرسائل الصوتية عن طريق ملتقط الصوت حيث يكون هذا الأخير موضوع خلف صيوان الأذن الخارجية .

- تتم معالجة هذه الرسائل بواسطة العلبة المعالجة التي تعمل كذلك على اختيار، ترميز، و تحويل الأصوات إلى ذبذبات كهربائية.

- تمر الذبذبات عبر الأسلاك و الهوائي للجزء العظمي ، و هنا تحول نحو الإلكترودات المتواجدة في القوقعة .

- و في الأخير ترسل الرسالة للنهايات العصبية السمعية التي بدورها توصلها إلى المنطقة السمعية عن طريق العصب السمعي. (A. Dumont ,1997) (أنظر الملحق رقم 05)

11. كيفية تركيب الجهاز :

إن وضع حامل الإلكترودات داخل القوقعة و مستقبل الأصوات الداخلي في العظم يتطلب عملية جراحية و هذه الأخيرة تتم بتخدير كلي و تصل المدة الخاصة بالعملية إلى حدود الساعتين.

تكون العملية تشريحية ، حيث أن الجراح يقوم بفتح التجويف العظمي و عن طريق الطبلة يصل الى النافذة الدائرية و يمرر الإلكترودات نحو القوقعة و بالتالي يكون تثبيت مستقبل الأصوات داخل المنطقة العظمية الصدغية .

بعد العملية الجراحية ، يجب مراقبة المريض و تغيير الضماد لتفادي التعفنات بالإضافة إلى نزع الشعر خاصة المحيط بالجانب المزروع في المنطقة الصدغية ، كما أن البقاء في المستشفى يرتبط بمدى الخطورة أو الصعوبات . (A.Dumont, 1997)

12. شروط إجراء عملية الزرع القوقعي :

12-1/ على مستوى قياس السمع :

- لابد أن يكون الصمم مزدوج و ليس هناك أي إدراك سمعي.
- إذا كانت هناك بقايا سمعية قليلة و لم يستفد المصاب من التجهيز بمرور عدة سنوات .
- إذا كانت هناك محاولات تربوية منذ السنة الأولى أو 18 شهرا الأولى من طرف فاحص أرطوفوني متخصص و لم تظهر أي نتائج إيجابية .

12-2/ على المستوى التقني :

- لما يستطيع الطبيب إدخال إلكترود في القوقعة لعدم إصابتها بفيروس مما لا يجعلها صلبة .
- الشكل العادي للأذن الخارجية .
- سلامة العصب السمعي بإجراء كل الفحوصات كأشعة الفحص Scanner.
- التأكد من أن الأولياء يساندون الأطفال بعد العملية .
- عدم وجود اضطرابات مصاحبة لدى الطفل .
- ضرورة إجراء ميزانية قبل و بعد العملية لمقارنة النتائج.
- وجود فرقة عمل متخصصة لإجراء عملية الزرع القوقعي .

13. كيفية إجراء عملية الزرع القوقعي:

من خلال مقابلتنا مع " البروفيسور يإحي أيت مصباح" مختص في طب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة ORL بالمستشفى الجامعي "منتوري القبة" الجزائر العاصمة، تمكنا من معرفة كيفية إجراء عملية الزرع القوقعي والتي تتم كما يلي:

"تتم عملية الزرع القوقعي بإحداث فتحة خلف الأذن بقشر منطقة من الجلد بغرض الإقتراب من القوقعة لتثبيت حامل الإلكترودات، ويقوم الجراح بخرق العظم الصدغي للوصول إلى منطقة الأذن الوسطى، وبالضبط بين الغشاء الطبي والعصب الوجهيNERF FACIAL يقترب من الأذن الداخلية ثم يمرر حامل الإلكترودات إلى مكان القوقعة.

وينتهي حاملا لإلكترود مستقبل Récepteur الذي يثبت فوق العظم الصدغي OS Temporel وتحت الجلد، وذلك بغرض تلقي وتثبيت هوائي للآلة الذي يكون فوق الجلد لتحويل وإرسال الإشارات الصوتية ، هذا الهوائي بدوره يتصل بمعالج الصوت Prossesseur Vocal الذي به ميكروفون كان سابقا يحمل شكل علبة صغيرة يحملها الشخص في جيب صغير أما الآن فأصبح بيشبه الجهاز السمعي التقليدي Prothèse auditive وأصبح يوضع خلف الأذن.

كما أن العملية تجري تحت تخدير الذي يدوم حوالي 4 ساعات، ويبقى بعدها الطفل في المستشفى حوالي أربعة أيام، أما عن ضبط الآلة فيتم بعد ستة أسابيع من إجراء العملية.

14. المشاكل والتعقيدات الناجمة عن عملية الزرع القوقعي :

فضلا عن الآثار الطبية السلبية التي تظهر بسبب التخدير ، عملية الزرع القوقعي نادرة أو قليلة النتائج السلبية، و قد ثبت ذلك بإجراء الاختبارات الكهربائية للذبذبات الوظيفية على مستوى العصب السمعي ، كما يمكن أن تظهر بعض الالتهابات السحائية مما قد ينجر عنها من تصلب القوقعة.

(B.Virole, 2006)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه والتطرق إليه في هذا الفصل نفهم أن حاسة السمع تبقى حاسة مهمة كما هو الحال بالنسبة للحواس الأخرى، لأن الصمم يعتبر أكثر الإصابات إنتشارا في العالم كونه إصابة معقدة تصيب حاسة السمع عند الأفراد، وبالتالي تعيق الإتصال وكذا الإندماج الإجتماعي لديهم ما يعيق عملية الاتصال بصورة سليمة ومستمرة ، إلى غاية أن وجدت لهذه الإصابة حلا يفتح مجال وقناة للإتصال وهي تقنية تجمع بين الجراحة و التجهيز تسمى بالزرع القوقعي، لأنه يفك العزلة والصمت الذي يميز حالة الأصم، في حين نفهم أنها ليست ممكنة ومتاحة لجل الأفراد المصابين بالصمم من جهة وتتطلب رعاية عائلية خاصة وإعادة تأهيل حتى تنجح وتحقق نتائج طيبة من جهة أخرى.

الجانب الميداني

الفصل الخامس

منهجية البحث

تمهيد

1. منهج البحث
2. المجال المكاني للبحث
3. المجال الزمني للبحث
4. الدراسة الإستطلاعية
5. مجموعة البحث
6. الأدوات المستخدمة في البحث

خلاصة الفصل

تمهيد :

كل باحث مهما كان بحثه، مجاله وهدفه، فإنه ملزم بإتباع منهج معين ينظم معطياته وموارده وأدواته العلمية، فالمنهج الذي يجب في علم من العلوم مرتبط في الدرجة الأولى بتحديد موضوع هذا العلم أو ذاك، فالموضوع والمنهج مرتبطان يبعضها إرتبطا وثيقا، يصعب معه تصور واحد دون الأخر إبتدءا من تنبيه وإعتماده على توجه نظري معين (سلاطنية، 2007، ص31)

فمثلا إعتمادنا على النظرية التحليلية لبناء الجانب النظري وكذلك لتفسير وتحليل النتائج، كون النظرية تعرف بأنها محاولة لإضفاء معنى على الحقيقة عن طريق عباراة منظمة عن الكيفية التي ترتبط بها الحقائق المتباعدة، والسمات المميزة للنظرية النموذج، هي أنها تستطيع تفسير حقائق سابقة والتنبؤ بأخرى جديدة وأن تكون شاملة وقابلة للإختبار، و تطويرها يكون بتكوين أسئلة أخرى للبحث وتطوير الفروض.

إذن لإختبار فرضيتنا، عاينا القيام بدراسة تطبيقية للحصول على إجابة لتساؤلنا الذي بنيناه على مجوعة من الدراسات والنظريات ذات العلاقة بموضوع الدراسة، هذه الإجابة لن تكون إلا إذا إنتهجنا طريقة معينة تدعو إلى إلتماس مجموعة من الأدوات والتقنيات والكيفيات المعروفة في مجال علم النفس. وبالتالي، سوف نبين من خلال الجانب التطبيقي، الطريقة والمنهج في الدراسة إلى جانب وصف مجوعة البحث أدوات جمع المعلومات مع عرض النتائج وتفسيرها بالإضافة إلى تحليلها والنتائج المتوصل إليها.

1. منهج البحث:

إن من أصعب الظواهر التي يمكن للفرد أن يدرسها، تلك المتعلقة بالظواهر الإجتماعية والإنسانية، كونها تتصف بالتغير والحركية والنسبية، لهذا تتعدد وتتنوع مناهج البحث فيها بتنوع مواضيع الدراسة، وبطبيعة الحال تختلف هذه النتائج عن تلك المطبقة في مجال العلوم الطبيعية، رغم أن " توماس هوبز" قدم وجهة نظر ترى إمكانية دراسة الإنسان بمناهج العلوم الطبيعية فقال إذا كان " جاليليو " أثبت أن علة أي شيء هي مجرد تغير في المادة نتيجة الحركة، فإنه يمكن تفسير إحساسات الإنسان بأنها تغير في الحركة، وحتى التفكير حركة بمعنى ما، لأنه نشاط، وما العقل سوى إسم لمجموعة أنشطة تفكير الشخص أي العقل سلسلة من الحركات في كائن عضوي. (أحمد عطية، 2003، ص63)

إن تناولنا لهذه الدراسة يؤدي بنا إلى إتباع المنهج العيادي الذي يساعدنا بتقنياته ووسائله للإجابة على فرضية بحثنا، ولقد كان إختيار المنهج العيادي لضرورة علمية وعملية نظرا لطبيعة الموضوع ومجاله من جهة، ومن جهة أخرى كون هذا المنهج يهتم بالتناول الكيفي ضمن تميز الفرد في توظيفه النفسي مع التغيرات الطارئة عبر المكان والزمان. وهذا التميز يكون من خلال موقع وخصائص الفرد مقارنة بالأشخاص الآخرين، هذا ما أشار إليه **R. Perron** في مفهوم الشخص كحالة متميزة، تشكل موضوع علم النفس العيادي ، هذه العبارة "علم النفس العيادي"، إستخدمت لأول مرة عام 1896 من طرف الباحث **Witmer**

من جانبه **R. Perron** يرى أن الشخص بشخصيته لا يمثل فقط حالة مستقلة عن الحالات الأخرى، بل تجب مراعاة درجة تشابه الخصائص لديه، وإندراجها ضمن سجل عيادي مشترك مع مجموعة من الأشخاص، هذا السجل يضم وضع تبادل وظيفي غير قابل للتعميم، أي يستخرج ما يسمى بطرق التوظيف أي التنظيم التزامني والتتابعي للعمليات النفسية.

(سي موسي.ع. بن خليفة، 2008، ص 145)

في هذا الإطار يعرف **R. Perron** المنهج العيادي على أنه منهج لمعرفة التوظيف النفسي للفرد وبالتالي يهدف إلى بناء بنية واضحة في الحوادث النفسية الصادرة عن الفرد.

(R.Perron, 1979, p38)

فالحوادث النفسية الصادرة عن الفرد لا يمكن حصرها في المخبر، إذا أخذنا بعين الاعتبار التغيرات الطارئة عبر المكان و الزمان، هذا ما يقودنا إلى رأي **D. Lagache** إثر محاضراته بعنوان "علم

النفس العيادي والمنهج العيادي" حيث كان تدخله أن علم النفس العيادي يتمثل في دراسة الإنسان في وسطه الطبيعي وليس في المخبر، وقام بتعريف المنهج العيادي، موضوعه، أهدافه ووسائله العيادية، ومازالت هذه المحاضرة لحد الآن تعتبر المرجعية النظرية للمنهج العيادي.

كان تعريف **D. Lagache** للمنهج العيادي، بأنه تناول للسيرة في منظرها الخاص وكذا التعرف على مواقف وتصرفات الفرد إتجاه وضعيات معينة، محاولة بذلك إعطاء معنى للتعريف على بنيتها، وتكوينها كما تكشف عن الصراعات التي تحركها.

(L.Fernandez et J.L. Pedinielli, 2004, p202, 203)

بصيغة أخرى فإن القاعدة الأساسية تكمن في الدراسة المركزة على الحالات الفردية، وكل هذا لا يمكن بلوغه إلا من خلال مستويات المنهج العيادي التي تنقسم حسب **J. Doron (2000)** إلى مستويين متكاملين يوافق الأول الرجوع إلى تقنيات مثل الإختبارات ويوافق الثاني الدراسة المعمقة للحالة، وعلى هذا فالمستوى الذي نتبناه في هذه الدراسة هو المستوى الأول، الذي يهدف حسب **J.L. Pedinielli (2005)** إلى إنتاج معلومات واقعية عن الشخص أو الوضعية المشكل ويكشف عن وجود أبعادها.

هذا المستوى الأول من المنهج العيادي هو الأنسب، ذلك لما تتطلبه هذه الدراسة من إستخدام أدوات ووسائل لجمع المعلومات وتحليلها بهدف إختبار الفرضيات، وكذا طلبا للدقة في النتائج التي نريد ان نتوصل اليها فحسب **D. Lagache** علم النفس العيادي يرفع من فعاليته من خلال التسلح بالإختبار.

(D.Lagache, 1983)

نفهم أن المنهج العيادي يهتم بالتوظيف النفسي والبنية الشخصية للفرد ضمن ديناميكية ووضعية معينة وتجدر الإشارة، أن تلك الوضعية تخص وضعية الطفل الأصم الحامل للزرع في مرحلة الكمون، بدون حاسة السمع منذ الولادة ثم يسمع أثناء حمله الجهاز الخارجي من الزرع القوقعي، ولا يسمع من جديد عند نزعه لحاجة ما، هذه الثنائية في الأدوار التي تأخذ حيزا مهما في حياة الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي الذي يبقي حاملا للصمم حتى بعد الإستفادة من أذن إصطناعية، و عبر المكان والدور الاجتماعي أي إبن–طفل يسمع من جديد، لكن الصمم يبقى قائما هذا ما أشرنا إليه بالمكان (الوضعية) ما يجعلنا نجد أنفسنا دائما أمام الوسط الطبيعي الذي أشار إليه **D. Lagache** وأمام ضرورة إتباع المنهج العيادي لفهم إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون.

كما أننا إستعملنا طريقة دراسة الحالة كونها تمثل المجال الذي يسمح لنا بجمع أكبر قدر من المعلومات بدقة حول الحالة، التاريخ الفردي والوضعيات ...

تعرف دراسة الحالة بأنها الوسيلة المعتمدة لجمع البيانات المتعلقة بأي وحدة وهي الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه علم النفس كل البيانات التي يحصل عليها عن الفرد، الجماعة، الأسرة، وهو يستعمل الملاحظة و المقابلة، التاريخ الصحي والإختبارات النفسية. (بوحوش،2007، ص130)

نعود إلى **R. Perron** ومفهوم الشخص كحالة متميزة، إذن في دراستنا يظهر تميز الحالة في إختلاف ديناميكية مكونات الغشاء النفسي من خلال إختلاف الخصائص النفسية والبيشخصية من جهة والعناصر الحاوية والمحتواة من جهة أخرى.

يظهر التشابه بين مجموعة البحث، في الإشتراك بنفس الإصابة ألا وهي الصمم الخلقي والإستفادة من جهاز الزرع القوقعي ونفس الوضعية إبن–طفل في مرحلة الكمون. لهذا، يتجلى لنا أن فرضية بحثنا تصب في مجال علم النفس وتحقيقها يستلزم المنهج العيادي في حدود تطبيق دراسة الحالة القائمة على المقابلة نصف الموجهة التي خصصناها للأم من أجل تدعيم تقنية أخرى إسقاطية أدائية تتمثل في إختبار "رسم الرجل".

2. المجال المكاني للبحث:

يتعلق الأمر بمصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح مصلحة ذات طابع إجتماعي وتربوي، تابعة لمديرية النشاط الإجتماعي لولاية البويرة. أنشئت طبقا للأمر 64/75 المؤرخ في 1975/09/06 المتضمن إحداث المؤسسات والمصالح المكلفة بحماية الطفل والمراهق. تعرف حاليا بمكتب الإدماج الإجتماعي ومتابعة الشباب في الوسط المفتوح المدرج ضمن التنظيم الهيكلي لمديرية النشاط الاجتماعي منذ 12 أفريل 1993.

يعد مقر المصلحة كعبارة عن بناية مستقلة ذات طابق واحد، كما أنها تتكون من 10 مكاتب ويحيط بالمقر ساحة. والمصلحة متواجدة وسط مدينة البويرة بالحي الشعبي "قويزي السعيد" الواقعة بجانب دار الثقافة "علي زعموم".

كان توجهنا إلى هذه المصلحة ليس لغرض الحصول على الحالات الخاصة بموضوع الدراسة، وإنما إعتبرناه مكانا لإجراء المقابلات وتطبيق الإختبارات، إذ تعود الأسباب إلى ما يلي:

<u>أولا</u>: جميع الحالات المقدمة في إطار هذا البحث كان الإتصال بها عن طريق الأخصائية الأرطوفونية بمعنى الحالات المتابعة من طرفها، والتي تخدم البحث أي الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي في مرحلة الكمون.

<u>ثانيا</u>: هذا التوجه في البحث على مستوى المصلحة يعود إلى عدم وجود قسم أو مصلحة أو مركز أو مؤسسة خاصة بالتكفل بهذه الشريحة بالضبط على مستوى ولاية البويرة.

<u>ثالثا</u>: تزامن وجودنا بهذه المصلحة مع وظيفتنا المتمثلة في الأخصائي النفساني في إطار "عقود ما قبل التشغيل"، لهذا إرتأينا إستقبال هذه الحالات، على مستوى مكتب المتابعة النفسية الموجود بالمصلحة، لضمان السير الحسن للمقابلات، بتوفير شروط ملائمة كالمكان والزمان.

تقوم هذه المصلحة بتقديم المساعدة والمتابعة النفسية للأطفال والمراهقين والأحداث الجانحين والمدمنين على المخدرات بعد الإقلاع، و كذا النساء المعنفات.

يوجد على مستوى المصلحة أخصائيتين في علم النفس العيادي، وكانت الموافقة سهلة من طرف الأخصائية الأرطوفونية الموجودة على مستوى مكتب المتابعة الأرطوفونية للقيام بالمقابلات وحصص الإختبارات لجميع الحالات وهذا طبعا بعد الإتفاق على مواعيد منظمة.

3. المجال الزمني للبحث:

إمتدت الدراسة ما بين أوائل شهر سبتمبر 2011 وإنتهت في أواخر شهر ماي 2012، ويعود ذلك إلى الملاحظة الدقيقة للحالات بعينها من جهة وكذا تقصي نوعية الإصابة التي تخدم الموضوع وهي الصمم الخلقي العميق مع إمكانية الإستفادة من عملية الزرع القوقعي أي ما يمكن الحالات من وضعها في خانة الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي في مرحلة الكمون.

4. الدراسة الإستطلاعية:

تمت الدراسة الإستطلاعية بمصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح التابعة لمديرية النشاط الإجتماعي بولاية البويرة، في شهر جويلية من سنة 2011، إستغرقت 22 يوما بمعدل 3 حصص في الأسبوع أثناء حصص إعادة التأهيل الأرطوفوني كل يوم الأحد، الثلاثاء والخميس.

شملت الدراسة في البداية 17 طفلا أصم حاملا للزرع القوقعي ، إلى غاية فرز 3ذكور و3 بنات في مرحلة الكمون. رغبة منا في التعمق حول المعلومات الخاصة بهذا التجهيز السمعي وكيفية عمله ، في حدود ما يسمح لنا بتدعيم المعلومات والمعطيات التي بحوزتنا حول هذا الاخير.

قمنا في المرحلة الثانية بالتحقق والتأكد من هدف هذه الدراسة ، حتى تبين لنا إثبات صلاحية وملائمة المنهج المتبع و كذا الادوات المستعملة في البحث، نذكر منها إختبار رسم الرجل حسب طريقة **كارين ماكوفر**.

5. مجموعة البحث:

5-1/ كيفية إختيار أفراد مجوعة البحث:

كان إختيار أفراد مجموعة البحث والمتكونة من 5 حالات على مستوى مصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح بعد تشاور وحصص عمل مع الأخصائية الأرطوفونية، أي البحث عن الحالات التي تتلاءم مع موضوع بحثنا، وهذا كان كخطوة أولى للتعرف على شريحة الأطفال المتكفل بهم على مستوى المستشفى الجامعي "مصطفى باشا " بمعنى القاطنين منهم في ولاية البويرة وما جاورها من ولايات وكذا تحديد سنهم. في مجمل القول كان الإتصال بهذه الشريحة تحت إشراف الأخصائية الأرطوفونية كمحطة أولى.

بعدها تليها اللقاءات الأولى بهدف التعريف بأنفسنا وكذا الحصول على الموافقة الشخصية من طرف الأولياء، وكان ذلك بعد عرض مبسط لموضوع البحث والهدف منه، مع ضمان سرية وخصوصية المعلومات الشخصية، بالإضافة إلى تقديم شرح عن كيفية العمل.

إذن فالهدف من هذا هو خلق جو من الثقة وإقامة علاقة أفقية بالإضافة إلى بناء روابط تؤثر وتساهم بشكل إيجابي على موضوع الدراسة، كما تؤثر إيجابيا على كلا الطرفين (باحث ومبحوث) بصفتنا أفراد نؤثر ونتأثر في العلاقة البينشخصية.

5-2/ شروط إنتقاء أفراد مجموعة البحث:

تم الإعتماد في هذه الدراسة على عينة قصدية مكونة من 5حالات 3 ذكور وبنتين، تم إختيارها على مستوى مصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح، مديرية النشاط الإجتماعي لولاية البويرة.
ويتعلق الأمر بالأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي في مرحلة الكمون، أي يتمتعون بسلامة جسمية وعقلية.

لأننا بصدد دراسة إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون، وهذا بعد طرحنا للفرضية القائلة : تؤدي عملية الزرع القوقعي إلى إصابة الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي في مرحلة الكمون ، وهذا لا يعني أننا نستهدف جنس الإناث أو الذكور فقط.

تطرقنا إلى العلاقة أم- الطفل في الجانب النظري، وكذا تخصيص محاور المقابلة العيادية نصف موجهة إلى أم الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي في مرحلة الكمون، قصدا منا لنبين موقف وتفاعل الأم ضمن هذه العلاقة أين تظهر وظيفة الموضوع-الغشاء أي المكونات النفسية التي ساهمت بشكل ما في تكون الغشاء النفسي لدى طفلها، هذا ما يدعم ويساعد في الإجابة على فرضية البحث . فحددنا شروط الإنتقاء وفق ما يلي :

أولا: لقد حددنا سن الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي وقصدنا مرحلة الكمون فقط.

ثانيا: تجدر الإشارة إلى أننا إعتمدنا على الأطفال الذين لهم إصابة حسية خلقية ونقصد بذلك الصمم الخلقي لأسباب مجهولة.

ثالثا: أن يكون أفراد مجموعة البحث مدمجين في أقسام عادية في الطور الإبتدائي.

كما لا تفوتنا الإشارة إلى أنه يجب أن يكون الأطفال الذين خصتهم الدراسة حاملين لجهاز الزرع القوقعي بصفة مستمرة، والجدول التالي سوف يوضح ما ذكر سالفا:

جدول رقم (02) يوضح شروط إنتقاء أفراد مجموعة البحث:

الحالات	عمر الطفل عند تشخيص الصمم	نوع الصمم	عمر الطفل عند إجراء عملية الزرع القوقعي	سن الطفل	المستوى التعليمي
أمين	سنة	صمم خلقي عميق	5سنوات	7 سنوات وستة أشهر	السنة الأولى
رفيق	8 أشهر	صمم خلقي عميق	5 سنوات	9 سنوات وشهر	السنة الثالثة
ريحاب	18 أشهر	صمم خلقي عميق	5 سنوات	7 سنوات وستة أشهر	السنة الأولى
ماريا	5 أشهر	صمم خلقي عميق	4 سنوات و خمسة أشهر	8سنوات وستة أشهر	السنة الثانية
جميل	سنة	صمم خلقي عميق	5 سنوات	9 سنوات	السنة الثالثة

ملاحظة: إحتوت مجموعة البحث في البداية على 6 حالات لكن لظروف متعلقة ب أولياء إحدى الحالات قرر الأب إنسحاب العائلة من البحث بمحض إرادته.

6. أدوات البحث:

حتى يتمكن الباحث من إختبار فرضية دراسته، عليه أولا جمع معلومات ومعطيات يخضعها للمعالجة والتحليل، وهذه المعلومات لن يتحصل عليها إلا بإستعمال وسائل وأدوات وجدت لهذا الغرض والتي لا يكون إختيارها عشوائية، بل خاضع لشروط تتلاءم وموضوع الدراسة، أي صالحة لقياس ما يرغب الباحث قياسه، فعلى هذا الأساس فالأدوات المناسبة لموضوع هذه الدراسة حسب ما تقتضيه صياغة الفرضية، هي المقابلة العيادية نصف-موجهة والتي خصصناها لأم الطفل الأصم الحامل للزرع

القوقعي في مرحلة الكمون، بالإضافة إلى إختبار رسم الرجل الذي يعتبر تقنية إسقاطية أدائية موجهة للطفل الحامل للزرع القوقعي نظرا لمحدودية اللغة اللفظية لديه.

6-1/ المقابلة العيادية النصف-موجهة:

نشير هنا إلى أن الغرض والهدف من المقابلة يتمثل في بناء البحث ويقصد بالتجريب والإختبار، تلك الطرق التي نستخدمها للإجابة على صحة أوعدم صحة فرضية بحثنا.

بإعتبار المقابلة وسيلة هامة في جمع المعلومات والبيانات للقيام بدراسة متكاملة للحالة المطروحة. ويعرفها بنجهام **Bingham (1989)** بأنها "المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد "، وينطوي هذا التعريف على عنصرين هامين هما:

- المحادثة بين شخصين أو أكثر في موقف مواجهة، ويرى بنجهام أن الكلمة ليست السبيل الوحيد للإتصال بين شخصين، فخصائص الصوت وتعبيرات الوجه ونظرة العين والهيئة والإيماءات والسلوك العام، كذلك يكمل ما يقال .
- توجيه المحادثة نحو هدف محدد، ووضوح هذا الهدف شرط أساسي لقيام علاقة حقيقية في القائم بالمقابلة وبين المفحوص.

تتميز المقابلة ببنيان منظم إلى حد ما: لأن تناول موضوع معين يتبع غالبا نمطا تنظيميا معينا، لهذا تحتوي المقابلة على عدد من الأنماط والأساليب، ومحتوى المقابلة يختلف من حالة لأخرى طبقا لطبيعتها ونوعيتها وهدفها.

حيث يرى كل من **K. Chahraoui et H. Benony(2003)** أن المقابلة العيادية الخاصة بالبحث، مستعملة عادة لإنتاج المعلومات والمعطيات وهي وسيلة لا يمكن تعويضها للدخول إلى المعلومات الذاتية للأفراد، لأن الجزء الأكبر من المعلومات يتم الحصول عليها من خطاب المبحوث، فحسب **Blanchet(1985)** الكلمة هي الناقل الأساسي للمعلومات، كما تسمح له بأن يتصور نفسه ويأخذ مكانه ضمن الوسائل المستخدمة.

لهذا السبب تم الإعتماد في هذه الدراسة على المقابلة كوسيلة أولى لجمع المعطيات، نظرا لتعدد أنواع المقابلة وإختلاف أهدافها، فإستوجبت الدقة العلمية تحديد النوع الأكثر ملائمة والمتمثل في المقابلة العيادية نصف الموجهة، للإشارة هذا الإختيار لم يكن عشوائيا بل يوافق معيارين وهما:

أولا: توقيت البحث.

حيث كان اللجوء إلى المقابلة نصف الموجهة المخصصة إلى أم كل مبحوث في المرحلة الثانية بعد المرحلة الإستطلاعية.

ثانيا: المعلومات التي يبحث عنها الباحث:

نظرا لأنه في هذه المرحلة قد تمكن الباحث من تحديد الفرضية، المتغيرات والتعليمة التي تفي بغرض دعم إختيار رسم الرجل لدى المبحوثين، إذن يبقى الهدف هو جمع المعلومات الخاصة بإختبار الفرضية.

في دراستنا هذه، قمنا بتصميم دليل مقابلة متكون من 4 محاور تم إستخلاصها من خلال ما رأيناه في الجانب النظري، نظرا لمحدودية اللغة اللفظية لدى الطفل الأ صرم الحامل للزرع القوقعي في مرحلة الكمون، بالإضافة إلى التجاذب الوجداني بعد الولادة لدى الأم يبقى كمكون وقف على تكون الغشاء النفسي لديه، و بالتالي إن تم انتقال هذا الأخير إلى الطفل الحامل للزرع القوقعي في مرحلة الكمون أي ما يحدد توظيفه النفسي بناءا على إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي حاليا و إن كان راجع إلى تجاذب وجداني من نوع آخر يخص الثنائية في الأدوار عند هذا الأخير من خلال يسمع عند حمله الجزء الخارجي من جهاز الزرع القوقعي أي سلامة حسية مؤقتة و لا يسمع عند نزعه الجزء الخارجي من هذا الجهاز لحاجة ما مثل النوم أو قصد الاستحمام ...

إعتمدنا على معطيات وكذا مواقف ومراحل عايشتها و/أو تعيشها أم الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي في مرحلة الكمون، كون هذا التجهيز السمعي يعتبر بمثابة تصليح لحاسة السمع لديه بالإضافة إلى ملأ الثغرات النرجسية التي تتمثل وتتجسد في الإعاقة السمعية أي طفل غير عادي.

رغبة منا في ربط ما ورد في الجانب النظري بالجانب التطبيقي، حتى تتضح المكونات النفسية المستدخلة من طرف الطفل الحامل للزرع القوقعي حاليا، والتي كانت نابعة من طرف الأم في تكون غشاؤه النفسي بناء على إنعكاس الزرع القوقعي على غشائه النفسي من خلال محاور أربعة كل واحد يدعم الآخر من أجل إضفاء أكثر مصداقية على الصيورة الجسدية التي يسقطها هذا الأخير في إختبار رسم الرجل، لمعرفة ما إذا كان الزرع القوقعي يؤدي إلى إصابة الغشاء النفسي لديه كطفل اصم في مرحلة الكمون وبالتالي إلى توظيف نفسي بدائي (un mode de fonctionnement archaïque).

-المحاور:

أ -المحور الأول: يخص ظروف الحمل والولادة.

نهدف من خلاله معرفة الظروف التي تم فيها الحمل (حمل مرغوب فيه أو غير مرغوب فيه، بالإضافة إلى معرفة الحالة الصحية للأم أثناء الحمل ، سن الأم أثناء الحمل، فترة الحمل) وكذلك ظروف الولادة (طبيعية، عسيرة) و نوعيتها (عادية، قيصرية أو بالملاقط) وكذا معرفة العلاقة التي تجمع الأم بطفلها منذ فترة الحمل.

الأسئلة:

- أحكيلي كيفاش كان الحمل نتاعك ؟
- والولادة نتاع وليدك؟

يعتبر هذا المحور كمحور تمهيدي لدى الأم التي تنجب طفلا أصم، بعد أن قامت ببناء علاقة مع هذا الطفل طيلة تسعة أشهر من الحمل، فلقد أشرنا إلى أن العلاقة بين الأم والطفل تبدأ منذ فترة الحمل وتتم فيها مختلف التفاعلات، إذن قصدنا التطلع إلى التاريخ الصحي كونناإعتمدنا على دراسة الحالة.

ب -المحور الثاني: يخص تصورات الأم حول طفلها وردة الفعل حول إصابة حاسة السمع لديه.

يهدف هذا المحور إلى معرفة التصورات التي كانت عند الأم حول طفلها الخيالي والتي تتمنى أن تجدها في الطفل الواقعي،كما يهدف هذا المحور إلى معرفة شعور الأم بعد علمها بالتشخيص الطبي الذي يملي الإصابة بالصمم الخلقي لدى إبنها و عليه ما يحدد الرعاية المتاحة للطفل الأصم.

الأسئلة:

- تقدري تقوليلي كيفاش كنت تتصوري وليدك كي كنت حاملة بيه؟
- وبواش حسيتي كي عرفتي بلي وليدك عندو صمم خلقي؟

يخص هذا المحور التجاذب الوجداني بعد الولادة أي ambivalence post-partum بين تصوران مختلفان لكن مرتبطان بنفس الوجدان والمقصود هو: تصور مؤداه طفل خيالي كامل، وتصور آخر مؤداه طفل واقعي مصاب بالصمم الخلقي كما أننا نهدف أيضا إلى معرفة تاريخ تشخيص الصمم.

ت المحور الثالث: يخص العلاقة بين الأم وطفلها سابقا و حاليا.

يهدف هذا المحور إلى معرفة نوعية العلاقة الموجودة بين الأم والطفل منذ الولادة إلى غاية الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي (حماية زائدة، إهمال، نوع الرضاعة، سن الطفل عند الفطام، إستقلالية الطفل : ضبط عملية الإخراج، الإستقلالية في الأكل، النوم ...) وكذلك معرفة اليوميات التي تعيشها أم الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي في مرحلة الكمون، نظرا لما يميز حالته كما رأيناه في الجانب النظري.

الأسئلة:

- كيفاش هي العلاقة نتاعك مع وليدك؟
- واش اللي يميز العلاقة نتاعك مع وليدك ؟

ث المحور الرابع: يخص نظرة الأم إلى إبنها بعد الإستفادة من الزرع القوقعي.

يهدف هذا المحور إلى معرفة طبيعة نظرة الأم إلى إبنها بعد تصليح حاسة السمع لديه كما نهدف إلى معرفة تاريخ و كذا مدة حمل جهاز الزرع القوقعي .

الأسئلة:

- تقدري تقوليلي واش يعنيلك أنك تكوني أم لطفل حامل للزرع القوقعي؟
- واش لي تبدل في حياتكم؟

نشير إلى أن المحاور المحددة في هذه المقابلة العيادية تهدف إلى إسحضار وإستخراج المعنى المتضمن في المادة العيادية المستخلصة من الحاور الأربع، قصد معرفة الدلالة التي تتمحور حول جسم متلق (**Corps abimé**) إن كانت تشمل المكونات النفسية المستدخلة لدى الطفل الأصم، من أجل تكون الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي.

6-1-1/ سيرورة المقابلة:

لقد أتت كل مقابلة على الشكل التالي:

أولا: قبل إلقاء التعليمة الخاصة بكل محور ،كان هناك حديث تمهيدي إعتمدناه لإعادة التعريف بالموضوع والهدف من الدراسة وكذا فتح المجال وزرع الثقة مع أم المفحوص والتحدث عن موضوع الصمم والزرع القوقعي لدى إبنها بصفة عامة وكذا تقديم توضيح وتفسير عن كيفية إجراء المقابلة

وطلب الموافقة فيما يخص إستخدام المسجلة نظرا لطول الخطاب،وبعد كل هذا يأتي الوصول إلى المعلومات الخاصة بطبيعة المعطيات التي تخدم البحث كوننا بصدد دراسة حالة.

ثانيا: التقدم بإلقاء التعليمة تلوى الأخرى والخاصة بكل محور فمثلا التعليمة الأولى كانت تعد بمثابة المحور التمهيدي حتى يسمح للأم بالدخول مباشرة في الموضوع، وأثناء سرد الخطاب، نعمل من حين لآخر التدخل من أجل توجيه المقابلة بأسئلة تحتية، وعندما تبدأ المبحوثة (الأم) بذكر أشياء لا تخدم بشكل مباشر الموضوع، أو عندما نجد أنفسنا أمام توضيح أو تفسير أكثر. هكذا هو الحال بالنسبة لكل المحاور، بحيث نعمل في كل مرة على إلقاء التعليمة الخاصة بكل محور، وكانت التدخلات كذلك في كل مرة على إلقاء التعليمة الخاصة بكل محور، وكانت التدخلات كذلك في كل مرة خدمة وإثراءا وتوجيها للمقابلة بما يساعد الإجابة على الفرضية.

إختلفت مجريات كل مقابلة وهذا لإختلاف الأمهات وبناؤهن النفسي والفكري والإجتماعي، وكل مقابلة تميزت بطابع خاص تخلقه أم كل حالة(مبحوث)، حيث هناك تحولات ومنعرجات تعم جو المقابلة، هذا راجع لدرجة مرونة وتكيف كل حالة على حدى، ما يعني أن الطريقة التي إعتمدناها في المقابلة العيادية كانت نفسها، ويبقى الجو العام لها يتنوع بتنوع المادة المقدمة من طرف كل واحد منهن.

عندما نقول الطريقة يعني التحدث عن كوننا طرف في المقابلة وموقف البحث (باحث)، ما يعني المحافظة على خصوصيات ومعلومات الحالة وكذا الإلتزام بالحياد مع خلق علاقة أفقية مع الأمهات (أمهات الأطفال الحاملين للزرع القوقعي) لفتح مجال لليونة،ولا ننسى أن هدفنا هو الحصول على معلومات تفيد دراستنا وتجيب على فرضية موضوعنا، ولسنا بصدد التشخيص و العلاج. لأنه وأثناء إنتهاء المقابلة بكل محاورها كانت إحدى الأمهات تصر على مواصلة الحديث، ولم يبقى لنا سوى أن نقدم توضيحات أكثر لوضع الحدود بين ما قمنا به (مقابلة البحث) وبين ما سيأتي (مقابلة تشخيصية) من أجل التكفل و/أو العلاج، ونحن في مقام يسمح لنا فقط بتقديم الدعم والسند أو على الأقل الإستماع والإصغاء.

جعلنا هذا الموقف يبعث بالكثير من الفضول خاصة بعد إنتهاء المقابلة، هذا الفضول يدخل ربما لأن الأمهات اللواتي خصتهن المقابلة تتشاركن في نفس الإصابة لدى أطفالهن بالإضافة إلى كل منهن ينتجن مادة عيادية بإعتبار أبناؤهن ليس لديهم لغة لفظية وإنتاج لفظي كما هو الحال بالنسبة للطفل العادي.

لكن بشكل عام كان هدفنا الرئيسي هو وضع الأمهات (أمهات الأطفال الحاملين للزرع القوقعي اللواتي خصتهن المقابلة) في إطار إشكالية البحث بناءا على توجه دراسة الحالة والتغاضي عن كل الإنشغالات والأفكار التي تراودنا والتي تعمل على إستدعاء تدخل من نوع آخر أي الخروج عن الموضوع، وقد أوضح **S.A. Rice(1914)** في دراسة له عن الأخطار الخفية الكامنة في تحيزات القائم بالمقابلة وإتجاهاته بعنوان "إنتقال التحيز في المقابلة" لكن تركيزنا الوحيد هو الحرص على عدم الإنسياق وراء خروج الأمهات عن الموضوع والعمل على إرجاعهن بطريقة غير مباشرة.

6-1-2/ طريقة تحليل محتوى المقابلة:

بعد الإنتهاء من إجراء كل المقابلات مع الأمهات الخمس، وتدوينها بطريقها منظمة حسب السيرورة التي جاءت بها كل مقابلة بمراعاة كل السلوكات والحركات التي تطبع الأجواء الخاصة بكل واحدة على حدا، توصلنا في الأخير إلى الحصول على معطيات وإجابات ومعلومات حول موضوع الدراسة من خلال المحاور المشكلة لمقابلاتنا والسبيل إلى الإجابة على فرضية بحثنا هو القيام بتحليل محتوى هذه المقابلات من أجل تدعيم نتائج إختبار رسم الرجل لدى إبن كل واحدة منهن، وهذه الطريقة تعرفها **C. Chiland** بأنها الطريقة التي تمكننا من ربط بين البيانات الدلالية أو اللغوية والبيانات النفسية أو الإجتماعية أي سلوك الفرد، أفكار وإتجاهاته. (C. Chiland, 1985, P16)

قمنا بتحليل محتوى المقابلة الكلي وذلك بالعمل على تحليل مردود كل محور على حدى وبعدها القيام بتحليل شامل إستنادا للتحليل الخاص بكل محور.يذكر ايضا عن **L. Bardin(1977)**أننا من خلال تحليل المحتوى نشير بصفة عامة إلى مجموعة من التقنيات التي تهدف إلى تحليل الإتصال اللفظي بواسطة إجراءات منظمة وموضوعية وذلك لوصف محتوى الحديث أو القصة من أجل الوصول إلى أدلة كمية أو كيفية تسمح بإستنتاج و إستخلاص معلومات خاصة بظروف تكوين القصة أو الحديث.

تجدر الإشارة هنا، أن إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم لا يمكن قياسه بوسائل كمية، إذ عندما نقول إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي سوف نتحصل من خلال محتوى المقابلة مع الأمهات على مواقف متساوية وتظهر فيها وضعية كل أم في ما بعد ولادة طفل معاق سمعيا من خلال تصوران مختلفان لكن مرتبطان بالطفل الكامل المنتظر والطفل الواقعي الذي إستفاد فيما بعد من جهاز الزرع القوقعي كما سبق و أن ذكرنا في الجانب النظري، وعندما تظهر

الدلالات والإجابات ومواقف وخطابات تحمل معاني تنتمي إلى طبيعة العلاقة التي توجت كل حالة بمعنى دلالات تخص أطفالهن.

عن طريق التحليل الكيفي يمكن إستخراج إستنتاجات خاصة بالموضوع المدروس،بناء على المعطيات التي تخص المكونات النفسية المتاحة من طرف الأمهات والتي وقفت بدورها على تكون الغشاء النفسي لدى أطفالهن حتى يتسنى لنا تغذية فرضية البحث بإجابات مدعمة بنتائج تخض إختبار رسم الرجل لدى كل مبحوث.

6-2/ إختبار رسم الرجل:

6-2-1/ التعريف بالإختبار ومميزاته:

يرتبط إختبار رسم الرجل **(Drawing a Person Test)** بإسم الباحثة الأمريكية **جودإنف (Florence Googenough)** التي قامت بإبتكار هذا الإختبار عام 1926 لقياس ذكاء الأطفال، بعد ما تنبهت إلى الجوانب الإسقاطية للإخبار وذلك على أساس التفاصيل،وعدد النقاط التفصيلية التي تظهر في الرسم، والمحددة في دراسة تعليمات الإختبار، يصل عدد النقاط إلى (50) نقطة وتقارن النتيجة بجداول المعايير لإستخراج العمر العقلي المقابل لها. (أديب محمد الخالدي، 2006، ص161)

تم تطوير هذا الإختبار فيما بعد على يد الباحثة **كارين ماكوفر** عام 1949 كأداة إسقاطية هامة تفيد دراسة الشخصية عند الأطفال والمراهقين والراشدين بهدف الكشف عن السمات الخطية المرضية الشائعة ومؤشرات السواء والتوافق عند الشخص. (كارين ماكوفر، 1987)

تدل الخبرة الشاملة والمركزة مع رسوم الشكل الإنساني وجود إرتباط وثيق الصلة بين الشكل المرسوم وبين شخصية الفرد الذي يرسمه، ولا شك أن الفرد لا بد أن يرسم شعوريا أو لا شعوريا بناءا على النسق الكلي للقيمة النفسية، ويكون الجسم أو الذات هو أكثر نقطة مرجعية في أي نشاط، كما أننا أثناء مسار النمو نربط ذهنيا بين الأحاسيس والإدراك والإنفعالات المتنوعة، وبين أعضاء معينة من الجسم وتبعا لذلك فإن رسم الشخص من خلال كونه يتضمن إسقاط صورة الجسم يمدنا بأداة طبيعية لنقل التعبير عن حاجات جسم الفرد وصراعاته. (كارين ماكوفر،1987، ص20-21)

في هذا الصدد يرى **س.فرويد** أن "الفن هو الطريق المعترف به إلى الأعماق بعد الأحلام" .

(كارين ماكوفر، 1987،ص 09).

يفترض إذن أن كل نشاط إبداعي يحمل الطابع الخاص للصراعات وللحاجات التي تضغط على الفرد القائم بالإبداع. فالنشاط الذي يستثار إستجابة للتعليمات التي مؤداها "أرسم شخصا" هو بالفعل "حركة إبداعية كما سيثبت ذلك من خلال الشخص الذي يرسم" .(كارين ماكوفر،1987، ص20)

يتميز إختبار رسم الرجل بسهولة تطبيقه والمدى العمري المتسع الذي يغطيه وإنخفاض نفقات تطبيقه وسهولة تصحيحه، كما يمكن تطبيقه بطريقة فردية أو جماعية بنفس التعليمات ،كما أنه لا توجد فروق بين الجنسين على الإختبار وبالتالي فإن المعايير نفسها يمكن أن تستخدم لكلا الجنسين.

كما يتميز هذا الإختبار بثبات الإسقاط، فقد لوحظ من خلال دراسة الرسوم(إثنان أوأكثر) التي تم الحصول عليها عبر فترة زمنية أن الظاهرة البنائية والشكلية للرسم مثل الحجم والخط والوضع أقل عرضة للتغير من المحتوى مثل تفاصيل الجسم والملبس والحلي وسواء رسم الفرد شكله صغيرا أو كبير وأينما وضعه على الصفحة وسواء كان يرسم مستخدما خطوطا منقطعة قصيرة، أو كان الشكل يتخذ وضعا عدوانيا، وسواء كان الشكل متصلبا أو مرنا وما إذا كانت وضعيات التناظر ملحوظة، و إذا كان هناك ميل لعدم الإكمال والمحو أو التظليل، فإن كل تلك الملامح تشير بشكل ثابت إلى بناء ، وبقدر ما كانت الرسوم التي تم الحصول عليها من المفحوص تظهر من حين لآخر متشابهة بشكل لافت للنظر إلى حد أنها تكون بصمات شخصية.

تم التحقق من ثبات الإسقاط علاوة على ذلك بتجارب صممت الآن لإثبات صدق الإنطباعات التي تم الحصول عليها من خلال الإستخدام الإكلينيكي لهذا الأسلوب، ولقد تم الحصول على مجموعات من الرسوم من نفس المبحوثين في فترة محددة عبر مدة من الزمن. (كارين ماكوفر، 1987، ص23)

6-2-2/ تطبيق الإختبار:

تم تطبيق إختبار رسم الرجل من خلال طلبنا للمبحوث أن يرسم شخصا بمعنى نقدم تعليمة في هذا الصدد ومن ثم تليها تعليمة أخرى تتمحور حول طلب رسم شخص من الجنس الآخر. كانت التعليمة الأولى على الشكل التالي: " أرسم شخصا على هذه الورقة التي امامك" (Déssinez une personne) بينما التعليمة الثانية كانت على الشكل التالي : "أرسم شخصا من الجنس الآخر على هذه الورقة التي امامك" (Déssinez une personne de sexe opposé) .

بناء على طريقة **K. Machover (1987)** ، تم تطبيق هذا الإختبار الذي يتمحور حول طلب رسمين وفق تعليمتين مختلفين. وترى **K. Machover (1987)** أن الورقة البيضاء المقدمة للمبحوث تمثل البيئة (l’environnement) التي يتواجد ويتموضع فيها المبحوث، إذ تركز أساسا على الجوانب الهيكلية والشكلية للرسم (les aspects structuraux et formels) لأن فيما يخص الجانب الكيفي للرسم تعطي إهتماما للحركات والسمات الخطية التي توضح بدورها الأبعاد الإسقاطية لرسم الرجل من خلال الإحساس بالوجود (le sentiment d’étre) وما ينجر عنه من دلالات رمزية خاصة بكل مبحوث.

يقدم أيضا للمبحوث ورقة بيضاء كاملة وقلم رصاص وممحاة والوقت غير محدد، هذا فيما يخص الأدوات اللازمة لتطبيق إختبار رسم الرجل.

ترى **A. Abraham (1985)** فيما يخص المظاهر النمائية والتطورية لدى الطفل في رسم الرجل بناء على طريقة **K. Machover (1949)** عند الأطفال والمراهقين في دراسة مقارنة قامت بها أنه إلى غاية 12 سنة نلاحظ نمو وتطور رسم الرجل في صورة نهائية مع الأخذ بعين الإعتبار الفضاء، الجو والدينامية العلائقية إرتباطا بالتفاصيل المتعلقة والمستمدة من الواقع في مجملها.

ورد أيضا عن **B. Virole (2000)** أن الأفراد الصم لديهم صعوبة كبيرة في الإنتقال من التفصيل- الجزء (Detail) إلى العام (Généralité) في رسمهم حتى يتمكنوا من الحصول على نظرة مستمدة من الواقع إتصالا بما إسدخل من قبل. كما لاحظ أيضا إهمال فيما يخص التناسق الحركي أثناء الرسم يتوضح بناء على السمات الخطية هذا ما يفسر الصعوبة في الحصول على نظرة شاملة تحدد طبيعة المخطط الجسدي و كذا صورة الجسم في توحيد إدراك الواقع مع الهوامات أثناء الرسم بمعنى الداخل و الخارج.

نذكر أيضا ما ورد في التحليل النفسي حول الرسم، حيث يعتبر أن الصورة ليست التصور إذ حسب **V. Degorce (2001)** التصور في الدينامية النمائية يعتبر بمثابة (une condensation) لمختلف التجارب والآثار الذكراوية الناتجة عنها، أين يلتقي الداخل والخارج أي الإدراك (الواقع) والهوامات، حتى يتمكن "الأنا" من توحيدهما ومن ثم إعطاء الدلالة الرمزية في شكل موحد، لأن الرسم عند الطفل كما تقول **F. Dolto (1974)** : "هو بمثابة تصميم ذاتي لصورة لا شعورية لأنه غني بالمعاني الرمزية المسقطة في الأشكال المرسومة".

يتم تقييم الرسم على أساس وجود أو عدم وجود تفاصيل معينة وإن تم إدراجها في هيكلة وشكل يعبر عن رسم يحدد المظهر العام للإنسان وخاصة طبيعة الجسد. وإذا قدم المبحوث الرأس كشكل كامل (تام) يشجعه الباحث بوجه عام على أن يكمل الرسم، أما مقاومة المبحوث للرسم، والتي يقل أن يواجهها الباحث عندما يكون أكثر خبرة وثقة فيمكن التغلب عليها بأن يؤكد الباحث للمبحوث أن المهمة (الرسم) تجريبية أساسا ولا علاقة لذلك بقدرته على الرسم، 'أنا مهتم بكيف تحاول أن ترسم شخصا".

إذا حذف المبحوث جزءا أساسيا من الجسم يحاول الباحث أن يدفعه إلى محاولة رسم ذلك الجزء بعد أن يكتب ملاحظة بالحذف كي يرى ما إذا كان يمكن الحصول على مفتاح يتيح له فهم لماذا قاوم المبحوث رسم ذلك الجزء . (كارين ماكوفر،1987، ص47-48-49)

بعدما ينتهي المبحوث من الرسم تأتي المرحلة الثانية وهي مرحلة التداعيات التي يطلب فيها المبحوث تقديم تفسيرات حول الرسم. تجدر الإشارة إلى أنه يعود عدم وضعنا التداعيات المسجلة مع الحالات المدروسة إلى تقيدنا بأخلاقيات البحث في العلوم الإجتماعية بالإضافة إلى احترام خصوصية و سرية المعطيات المسجلة مع كل مبحوث.

6-2-3/ تحليل الإختبار:

يقوم التفسير الناجح على إفتراض مؤداه أن الشكل المرسوم يرتبط بالشخص الذي يرسمه بنفس الدرجة الوثيقة التي يتميز بها الشخص في مشيته وطريقته في الكتابة أو أي من حركاته التعبيرية الأخرى وحسب **كارين ماكوفر** فإن الشخصية لا تنمو من فراغ ولكنها تنمو من خلال الحركة، الإحساس والتفكير في جسد معين.(كارين ماكوفر، 1987،ص21)

يتم تفسير نتائج الرسم إعتمادا على الرسم الأول و على أساس حجم الشكل والمكان وضعفه على الصفحة وسرعة الرسم، و الضغط على الورقة وتنوع الخط المستخدم، وتتابع الأجزاء المرسومة وإستخدام الخلفية وإمتداد الذراعين نحو الجسم أو بعيدا عنه، والتلقائية أو الجهود، وما إذا كان الشكل مرسوما من منظر جانبي أو منظر أمامي، كل ذلك يعبر عن جوانب وثيقة الصلة بتقسيم الذات لدى المبحوث، وفي التحليل يؤخذ بعين الإعتبار نسب كل عضو من الجسم والميل إلى ترك فراغات (عدم الإكمال) ومقدار التفاصيل والمحور، وتغيرات الخط ودرجة التناظر (السيميترية)، وفروق كل ذلك بالنسبة للمبحوث تعتبر مشكلة سواء كان يدرك ذلك أو لا يدركه، ليس فقط في مهارة الرسم ولكنه مشكلة إسقاط نفسه في كل معاني الجسم والإتجاهات التي تتمثل في صورة الجسم و ما تحتويه . وفيما

يتعلق بالنرجسية و الثغرات النرجسية التي تتمثل في الإعاقة الحسية لدى الطفل الحامل للزرع القوقعي في مرحلة الكمون، بمعنى ما يخدم بحثنا نجد بأن الباحثة **كارين ماكوفر** قد أشارت إليها في كتابها (إسقاط الشخصية في رسم الشكل الإنساني) وترى بأن الأفراد النرجسيين الذين لم يوجهوا أبدا طاقتهم الليبيدية خارج نطاق أجسامهم، يعطون في الغالب إهتماما خاصا لأقل أذى طفيف يكون قد حدث للجسم أثناء نموهم، وقد يرسم البارانوي والشخص النرجسي والشخص المختل رأسا كبيرا كتعبير عن الأنا المتضخم. و حسب **ف.دولتو** مخطط الجسم يمثل بناء تركيبة جسم معين كونه يقدم خصائص الفرد حول الصورة الجسدية التي تكونت بناءا على تجارب الجسم الأولى و كذا الخصائص النفسية التي رافقت تلك التجارب بإعتبار الفرد نفسه سيكون المترجم لصورة الجسم التي تبقى مرتبطة به و بتاريخه الشخصي و هذا راجع إلى الجانب الإدراكي للدلالة الرمزية التي يعطيها لتلك الصورة الجسدية و حسب **شيلدر** صورة الجسم هي صورة جسمنا الذي نشكله في أنفسنا أنها الطريقة التي يظهر لنا بها جسمنا حتى أنه صورة ثلاثية الأبعاد عن ما يغلف ذات كل واحد فينا إذ بفضل رسم الرجل الطفل يمر من الأثر إلى الإشارة كونها تعبر عن عملية إسقاطية باعتبار الإشارة تقترب من المدلول حيث أن الرسم يقودنا من الفعل إلى التمثيل أين الطفل ينشغل بالتشابه مع الواقع حتى يصبح الرسم جدي و يهيئ بطريقة ما إلى تحديد طبيعة الامتثال بالواقع. (كارين ماكوفر، 1987، ص61)

فمثلا الشفتان المكتنزتان هما غالبا تظهران مع مظاهر أخرى، تعكس إهتمامات نرجسية مسرفة في الأناقة وكذلك تظهر العين الصغيرة في الغالب مع علامات خطية أخرى تدل على الإنهماك في شؤون الذات، كما نجد أن بعض المبحوثين يرسمون شكل عينان مغلقتان، كما كانوا يغلقون بإحكام على عالمهم الخارجي كي يركزوا بشكل أفضل على نرجسيتهم الجسدية المغلقة.

(كارين ماكوفر،1987، ص73).

ترى **كارين ماكوفر** فيما يتعلق بالملابس وعلاقتها بالنرجسية أن أولئك الذين يلبسون الشكل المرسوم بإفراط على أنهم نرجسيو الملابس، بينما الذين يلبسون الشكل المرسوم أقل مما ينبغي على أنهم نرجسيو الجسم.

يستخدم نرجسيو الملابس الملبس أساسا كوسيلة للإغراء الجنسي والإجتماعي، إستعراض الجسم وإبراز الذات يتحقق من خلال الزينة بينما يعرض الجسم الحقيقي بشكل ثانوي، أما نرجسي الجسم إذا كان ذكرا فإنه على أية حال سيرسم في الأغلب والأعم عرضا خالصا لنمو العضلات مع الإهتمام الخاص بالملابس التي تأخذ فقط شكل زوج من الملابس الرياضية القصيرة، بينما تتميز رسوم الأشكال

من نفس الجنس التي ترسمها الإناث من نرجسيات الملابس بالإهتمام المفرط بالملامح التجميلية والزينة. (كارين ماكوفر،1987، ص106–107).

يعود سبب إختيارنا لإختبار رسم الرجل في دراسة إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون إلى ما ورد عن العديد من المفكرين في هذا المجال. إذ **A. Ciccone (2001)** : " لا يجب الإعتماد على محيط الجسم المرسوم (le contour du corps) في تحليل إختبار رسم الرجل حتى نفهم طبيعة الغشاء النفسي من خلال الصورة النرجسية التي يرسمها الشخص عن ذاته، وإنما لا بد من فهم أن الغشاء النفسي أو الأنا جلد بمفهوم **D. Anzieu (2000)** لا يتحدد بتحديد المحيط فقط، لا بد من التطلع إلى وظيفة الرعاية الأمومية بمعنى إن كانت حاوية حتى تحوي بدورها الطفل وتضمن التحولات لأن الموضوع الحاوي هو بدوره تحويل لمفعول حاوي مستمر (un effet contenant) يضمن بالتالي المبادلات ما بين الداخل والخارج أي ما جعل الأم تتموضع في موقف موضوع غشاء حتى يستقبله الطفل بناء على ما هو خارجي وعليه يضمن الإستمرارية والإستقرار لما هو داخلي ومستدخل (المحتوى) من هنا يتمكن هذا الطفل من ضمان التحويلات ما بين الداخل و الخارج.

ورد في هذا الصدد عن **S. Tisseron (2005)** ثلاث أنواع من التصورات الرمزية الأساسية للجسد في إختبار رسم الرجل :

- أين يظهر الأنا النفسي (le Moi Psychique) بمعنى المحتويات والتفاصيل الخاصة بالمظهر العام للجسد تكون داخل المحيط المرسوم وتكون ذات دلالة رمزية متصلة بالواقع حتى تتصل بدورها بالمخطط الجسدي و تكون مرتبط بالصورة الجسدية.
- أين يظهر الرسم في شكل حركة خطية تمثل وحدة أم – طفل وتكون خصائص الفرد الذي يرسم متعلقة بالمميزات والخصائص المتصلة بالمرحلة الفمية في إسقاطه لصورته الخاصة وتكون ها هنا صورة تعبر عن هوام الجسم المشتت (le fantasme du corps morcelé) .
- أين تظهر الأم منفصلة من الذات المرسومة بمعنى حققت الإنفصال لكن تركت أثر حول هذا الإنفصال وعليه تبقى التفاصيل المرسومة متعلقة بالتماهي المرتبط بصورة الأم ويعبر عنه بتبعية سلبية تترك مجال للخلط (Confusion) ما بين الواقع و الهوام.

هكذا إذن يتحدد الغشاء– جلد (l’enveloppe –peau) من خلال الحركة الخطية التي توضح إن إستدخل وإستقبل الغشاء جلد من الخارج حتى يستمر ويستقر في الداخل وبالتالي يتحول إلى وظيفة فردية منفصلة (J. Royer, 2011, P68).

ورد أيضا عن **Ph. Greig (2000)** حتى يتضح "الأنا موجود" (je suis) في الرسم وكذا "أحافظ وأحمي ذاتي" (je garde et je me protège) يجب أن تتحدد الحدود التي تحوي الرأس والوجه وكذا الجسم من خلال التفاصيل التي يسقطها الشخص الذي يرسم ومن هنا تتحدد الهيكلة الفيزيولوجية لرسم الرجل من تصور مستمد من الواقع حتى يكون بمثابة الإتصال المباشر لطبيعة الإنتماء إلى الجنس، وكل إتلاف، إلغاء وغياب لتفاصيل الجسم والصورة العامة للجسد بعد ستة سنوات لدى الأطفال يعبر عن خلل نرجسي يمس التوازن النفسي وما قد ينجر عنه من إضطرابات تمس المخطط الجسدي(le shéma corporel) و/أو الصورة الجسدية.(J. Royer, 2011, P76-77).

نذكر أيضا عن **J.J. Pinto (1987)** أن صورة الجسم تتلخص في مخطط يوضح غلاف (غشاء) كروي (une enveloppe Sphérique) تعتبر بمثابة حقيبة الجلد (Sac-Peau) التي تضع معالم واضحة تحدد الداخل من الخارج. إنها صورة ثلاثية الأبعاد مدركة في فضاء داخلي كان أو خارجي والذي يفسح بدوره المجال لفضاء بصري لدى كل واحد فينا، لأن إنطلاقا من هذه التركيبة يتم بناء "الأنا" الذي يبدو في الزمن والمكان من خلال المسار الذاتي كون تاريخ الفرد بمعالمه الماضية والحاضرة وكذا التطلعات المستقبلية هي التي تحدد توظيفه النفسي.

إذن إختبار رسم الرجل يمثل الإطار الحاوي لذات الشخص الذي يرسم في بيئته وفق مراحل معينة ونقصد بها المرحلة الجنينية، المرحلة الفمية، المرحلة الشرجية، المرحلة الأوديبية ومرحلة ما قبل المراهقة في إتصال مباشر مع السيمات الشكلية و الخطية في إدراك الواقع.

(J. Royer, 2011, P245)

نجد مخلف التفسيرات بطريقة مفصلة في الملحق رقم (01) الخاص بشبكة تحليل رسم الرجل لفلورنس جودانف و الملحق رقم (02) لكارين ماكوفر و الملحق رقم (03) لجاكلين روير.

عندما ينتهي المبحوث من مهمة الرسم تأتي مرحلة التد اعيات (Associations) التي سوف تضيف إلى التفسير، دلالة تكميلية لشرح وتوضيح المعاني الفردية والمشاكل التي تضمنها الرسم ويقول الباحث للمبحوث التعليمات التالية: "وعندما نحكي قصة تدور حول هذا الشخص كما لو كان شخصية في قصة أو مسرحية" فإذا قاوم المبحوث تبدأ القصة من عند الباحث: كم عمر الشخص كما يبدو،وهل يبدو رجل متزوج،وبهذه الطريقة يساعد الباحث المبحوث من خلال المشاركة الإيجابية ؟ ما هو مستوى تعليمه؟ هل هو ذكي؟ هل هو حسن المظهر؟ هل هو قوي؟ ما هو أفضل جزء في جسمه؟ ولماذا؟ ما هو أسوأ جزء في جسمه؟ولماذا؟ ما الذي يمكن أن يغضبه؟ ما هي أسوأ عادته؟ ما هي أمنياته؟

يسأل الباحث المبحوث بعد ذلك ما إذا كان الشكل يذكره بشخص ما في حياته على وجه الخصوص،كما يسأله أن يفسر ملامح الرسم غير المتضحة تماما. (كارين ماكوفر، 1987، ص51)

خلاصة الفصل:

هذا هو الطريق الذي إنتهجناه خلال توجهنا إلى الجانب الميداني، الطريق منظم وله هدف وموضوع معين، بحيث عرفناه بالمنهج العيادي الذي إستخدمناه في موضوع الدراسة المتمثلة في إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون، وهدف هذه الدراسة هو الإجابة على فرضية البحث، بحيث جعلنا موقف البحث عن الإجابة نستخدم وسائل وتقنيات علمية وعملية في علم النفس العيادي، نذكر منها: المقابلة العيادية النصف موجهة وكذا إختبار رسم الرجل قصد دراسة أفراد مجموعة البحث المتكونة من خمس حالات والتي بنينا خصائصها وطريقة إختيارها وكيفية تطبيق هذه التقنيات عليها في مكان إجراء البحث الذي وصفناه.

إذن كانت هذه مجموعة من الإجراءات التي لا بد منها، قصد التوصل إلى بحث أصيل يمتلك طريقة ومنهجية سليمة تفيد ويستفيد منها كل من الباحث وقارئ الباحث، هذا هو مسار وطريق البحوث العلمية وما يجعلها كسلسلة من الدراسات التي لا تعرف نهاية في مسارها، ولا تسلك طريقا واحدا، إذ يقول **A. Ouellet**: "يجمع كل الباحثين على منح عملية إختيار الموضوع أهمية بالغة، لكن طبيعة البحث عادة ما تكمن في إنتقاء سؤال جيد وفرضية تفي بغرض البحث حسب كل باحث".

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1. عرض النتائج وتحليلها
2. مناقشة النتائج
3. المناقشة العامة
4. مناقشة الفرضية
5. الاستنتاج العام
6. الخلاصة العامة
7. صعوبات البحث
8. الإقتراحات

تمهيد:

بعد توضيح طريقة وسيرورة هذه الدراسة من خلال عرض منهجية البحث ووسائله، نصل في هذا الفصل إلى عرض النتائج المتحصل عليها، من خلال تطبيق كل من المقابلة العيادية النصف موجهة مع أم كل مبحوث وكذا إختبار رسم الرجل، خدمة لدراسة الحالات على أفراد مجموعة البحث المتكونة من خمس حالات، حيث نسعى من وراء هذه الإجراءات إلى العمل على جمع المعلومات وعرضها وتحليلها بالإضافة إلى مناقشتها قصد الوصول إلى الهدف المتمثل بالدرجة الأولى في الإجابة على فرضية البحث، إذ حسب **ر.ديكارت (1635)** : "الموقف العلمي الأصيل يجب أن يكون بعيدا عن الإنحياز والمعيار الوحيد لصلاحية فرضية ما، هو إن كانت تملك أو لا تملك قيمة إستدلالية".

1. عرض النتائج و تحليلها:

1-1/ الحالة الأولى أمين:

1-1-1/ عرض محتوى المقابلة مع أم أمين:

تبلغ أم أمين من العمر 26 سنة، وهي أم لطفل (أمين 7 سنوات و ستة اشهر) وبنت.

الباحث: أحكيلي كيفاش كان الحمل نتاعك؟

أم أمين : الحمل نتاعي؟ (تبتسم) إيه كان Normal، ماكنتش مريضة كنت صغيرة، شابة جاية للدنيا كان في عمري 19 سنة Mais على كل حال ربي هو اللي يمد الذرية (تبتسم) كنت فرحانة في الأول كي رفدت بيه ومن بعد في شهرين قريب ما طاحلي، رحت للطبيبة عطاتلي الدوا باش يقعد حتى لـــ9 أشهر كيما كامل الذراري هذي هي.

الباحث: والولادة نتاع وليدك؟

أم أمين: رحمة ربي، Bien ما جتنيش صعيبة، كانت عادية في 9 أشهر، ولدت Normal ماشي Operation لا بأس Si non جازت Bien.... 7" (تبتسم) هذا هو.

الباحث: تقدري تقوللي كيفاش كنتي تتصوري وليدك كي كنت حاملة بيه؟

أم أمين: أنا comme femme نقدر نقولك بزاف حوايج ، الأم تمثل الجنس اللطيف اللي ما يقدرش الراجل يعيش بلا بيها، هذي حاجة باينة هي اللي جيبلوا ذراري، على هذا الشي كنت شايفاتو حاجة واحد أخرى ما شي كيما راه Blond شباب كيما أنا (تبتسم) خلاني نحب نجيبو على خاطر أنحبو وحبيتو قبل ما يزيد، ما تنساش الذراري هما اللي إيزينو الدار، شغل الطفل حاجة تابعة للأم منها وليها وحدها، على بالك خطرات كنت أنوم بلي وليت أم.... 7" حاكمة Bébé بين يديا ونشوفو يقولي ماما كيما ثاني ساعات نشوفو يمشي في الدار، فاهم شباب وعاقل خموس عليه، دير في بالك بلي المرأة تخلقت باش تخدم هذا الشيء هكذا.

الباحث: Si non واش حسيتي كي عرفتي بلي وليدك عندو صمم خلقي؟

أم أمين: تعرف واش معنتها ضياقت عليا الدنيا؟14". كي عرفت بلي ما يسمعش كان في عمرو à peine عام ، بصح كنت نتعامل معاه Normal حتى وإذا ما يسمعنيش على خاطر كنت نسكن وحدي في هذيك la Période حسيت كلي الدنيا حبست، الوقت حبس حاجة ما تحركت Mais كي يحوس عليه كاش واحد و ما يسمعوش نديرلو un Geste بيدي باش يشوف فيه الله غالب عليه يلهى ما يسمعش هكذا باش الإنسان اللي راه إحوس عليه ما يعرفش بلي ما راهوش Normal ياك علابالك ما يسمعش هاو واش حسيت.

الباحث: كيفاش هي العلاقة نتاعك مع وليدك؟

أم أمين: علاقة مليحة، نحبو نهدر معاه كشغل راهو يسمع عادي ما كنتش نتعامل معاه كلي واحد ما يسمعش إشارة منها بكتفيها ويديها (بمعنى elle est indifférente) رضعتو شهر واحد وموراها كملتلوا بـــ le Bibron حتى 3 سنوات ساعات ختي و ساعات جداه كانت ترضعو Si non ما زالو يدير les couches حتى لضرك في الليل برك باش ما يوسخليش لفراش، كيما ثاني مازالو يرقد معايا أنا وباباه هذه هي العلاقة نتاعنا.

الباحث: واش اللي يميز العلاقة نتاعك مع وليد؟

أم أمين : (تبتسم) ....3" واش حبيتني نقولك.... 9" تأتي الرياح بما لا تشتهيه السفن، فهمت واش حبيت نقولك؟... 22" هذا واش نقدر نقول.

الباحث: تقدري تقوليلي واش يعنيلك أنك تكوني أم لطفل حامل الزرع القوقعي؟

أم أمين: سبحان الله...9" ماشي كامل Normal صح ماشي Normal وليت نتقلق نهار نخرج ونديه معايا للحانوت، مانحبوش يهدر قدام الناس، باش ما يلفتش الإنتباه تاع لخرين وهكذا ما يسقسونيش واش بيه، ماشي شغل نحشم بيه ولا وما شي Normal ثاني كي نروح للعرس ولا ضيفة الناس كامل ولادهم Normal يهدرو يلعبو وأنا لا لا، Surtout الذراري لي يخرجو من ليكول كامل يحكو ليماهم واش داروا طول النهار بصح هو نهار يجي يبقى ساكت كلي ما كاشو، كشغل يغيظني صح عندو نقولو 30 شهر منين دار l'implant ...9" واش حبيت يعنيلي يرحم باباك قولي ...17" هذي هي.

الباحث: واش اللي تبدل في حياتكم؟

أم أمين: كاين بزاف حوايج، ندمت علاش تزوجت مع وليد خالتي على خاطر كل شي راح إخلصو وليدي هذه هي ، لو كان تزوجت مع براني بالاك ما يصراليش هكذا... 9" بصح وليت نضربو نعيط عليه نهار ما يهدرش مليح، على خاطر نحبو يهدر Normal مليح كيما لخرين.... 8" تبدلت كامل حياتي علابالك تحطمت والله...4" وما رانيش عايشة كيما لخرين وراني ندمانة ..33" وعلاش رحت صح علاش رحت معا يما باش نشوف وليد خالي نهاركان مريض على خاطر لو كان ما رحتش معاها بالاك ما رانيش مزوجة معاه ضرك كرهت والله غير كرهت والمشكل الكبير هو ما كاين حتى واحد في الفاملية مريض ولا ما يسمعش كيما وليدي.

1-1-2/ تحليل محتوى المقابلة مع أم أمين:

المحور الأول: يخص ظروف الحمل والولادة

ظهر على أم أمين منذ دخولها إلى المكتب الإندفاع والمرح وكثرة الكلام، كما هو الحال بالنسبة لإبنها، أما الصورة الخارجية لأم أمين يبدو أنها تتميز بإهتمام كبير تم إستنتاجه بناءا على التناسق في اللباس من حيث الشكل واللون، في حين نسجل إهمال تام للمظهر العام الخاص بابنها من حيث المابس النظافة و الهيئة.

يبدو من خلال كلام أم أمين أن الحمل كان مرغوبا فيه في قولها (كنت فرحانة) على حد تعبيرها، كما أن الحالة الصحية كانت جيدة بإستثناء بعض الإضطرابات التي ميزت الثلاثي الأول من الحمل (قريب ما طاحلي) لكن سرعان ما تحسنت حالتها الصحية كونها كانت في مقتبل العمر (كان في عمري 19 سنة) هذا حسب الأطباء، كما أن أم أمين لما تطرقت إلى الولادة أشارت إلى طبيعة الولادة التي تمثلت في إجراء عادي بمعنى (في 9 أشهر ، ولادة عادية) ، لكن ما يميز إنطلاق المقابلة هو الإسترسال والدخول المباشر والصريح في الكلام كل هذا فيه إشارة إلى عدم إدراك الوضعية، أو عدم إدراك الآخر المتمثل في الباحث، أي أنه شخص غريب والكلام معه لأول ينتج عنه تعثر أو صعوبة الدخول في المواضيع ، إذ أن **أم** أمين تعاملت مع الباحث منذ دخولها كما لو كانت تعرفه من قبل، وفي هذا إشارة إلى عدم إدراك الشخص الآخر عندما قالت (كنت صغيرة، شابة جاية للدنيا) دليل على عدم القدرة على إدراك الصورة الجسدية لديها لأن الواقع يقول غير ذلك، كما أن إدراكها لنظرة الآخر لها كانت ضعيفة فهي ترى أن الآخر ينظر إليها بنفس الطريقة التي تنظر بها إلى نفسها حتى أن **الأنا المثالي** لديها طغى أين تظهر النرجسية بوضوح في القوة الخارقة للأفكار فيما يخص عملية الولادة (رحمت ربي، ما جاتنيش صعيبة) ، وفي هذا الصدد أشار **S. Freud (1925) :** " بأن الحسد القضيبي هو الذي يحفز المرأة على التباهي بجسدها وقدراتها إذ تعتبر مفاتنها تعويضا لاحقا عن دونيتها الجنسية الأصلية".

يمكن القول أن الحمل كان مرغوبا فيه والحالة الصحية للأم تحسنت مع مرور الوقت في فترة الحمل من خلال الرعاية والمتابعة الطبية، كما أن فترة الحمل تمت في 9 أشهر والولادة بدورها كانت عادية، إلا أنه إتضح إشكال على مستوى إدراك الحدود الداخل نفسية وبصيغة أخرى نسجل عجز الغشاء النفسي لديها كأم في إدراك الوظيفة المتمثلة في إحتواء النفس الشيء الذي يضمن التمييز بين الداخل والخارج حتى تبقي على استمرارية الوظيفة الأمومية.

المحور الثاني: يخص تصورات الأم حول إبنها وردة الفعل حول إصابة حاسة السمع لديها

باشرت أم أمين كلامها في هذا المحور بالإشارة إلى مكانة المرأة من الرجل (كوضعية ضرورية) ، وعليه تظهر النرجسية في ذكر المكانة التي تخص المرأة (أنا comme femme) و (ما يقدرش الراجل يعيش بلا بيها) ووظيفة الأمومة التي تخص العلاقة التي بنتها مع طفل عادي (كنت شايفاتو حاجة واحد أخرى) بمعنى طبيعي، هذه هي القواعد التي بنت على أساسها علاقتها مع طفلها في الأول أي ما يوافق صورة الطفل الخيالي حتى في المنام الذي تطرقت اليه تصحيحا لليقظة اي للواقع، لكن سرعان ما تغيرت هذه الصورة عند إتصالها بالطفل الواقعي أين تبقى تؤكد أنها كانت تتعامل معه على أساس أنه عادي، حتى بعد إتصالها بواقع التشخيص الطبي وبالتالي الحداد على طفلها الخيالي لم يتم، لأن هذا هو الطفل الذي كانت تنتظره إذ تمثل تصريح التشخيص الطبي بالنسبة لها، في حالة من الذهول النفسي حسب **C. Benony (2003)** ما جعلها تعيش في الإنكار والإلغاء (حسيت كلي الدنيا حبست، الوقت حبس حاجة ما تحركت).

يمكن إستنتاج من ما سبق أن الإهتمام بالمظهر والملبس والخصائص الفيزيولوجية لدى أم أمين، وكذا الإيجابية والسلبية عند سرد مميزات الصورة الخيالية لطفلها والصورة الواقعية لهذا الأخير، حتى بعد إتصالها بواقع التشخيص الطبي أي أن إبنها لا يسمع (مصاب بصمم خلقي) ، لم يمنعها من العمل على حماية الجسم والنفس، عند إستنادها إلى نفسها في قولها (أنا comme femme) وفي وصفها لطفلها(شباب عاقل وخموس عليه) وكذا صعوبة أم أمين في تجاوز وتحمل الإحباط، يظهر ذلك في النرجسية المفرطة التي تحولت إلى إستثمار الذات عوض إستثمار الطفل الواقعي.

المحور الثالث: يخص العلاقة بين الأم وابنها سابقا وحاليا

أم أمين إسترسلت الكلام مباشرة عند سماع السؤال وكأنها تبرر شيء معين، حتى وأنها لا تزال تؤكد أنها كانت ولا تزال تتعامل معه على أساس طفل عادي، يوافق الصورة الخيالية التي تتمثل في صورة نرجسية حسب منظورها المتعلق بطفلها منذ ولادته، حتى أنها صرحت بطريقة ضمنية أنها أهملته (لم تتصل بطفلها منذ ولادته حتى تتفطن أنه لا يتفاعل في التبادلات أم–الطفل من خلال الغشاء الصوتي والغشاء البصري المتاح له)، وكذا في قولها (رضعتو شهر واحد برك) أين تمت الرضاعة ببديل وهي الرضاعة الإصطناعية، من طرف أختها و جدته كما أنها تعامله على أساس أنه رضيع يعني بطريقة نكوصية (مازال يدير les couches) دون الإهتمام بسنه 7 سنوات، تأكيدا لذلك (مازال يرقد معايا أنا وباباه) هذا ما يؤكد الإنسحاب المبكر لأم أمين من العلاقة التي بنتها مع طفلها بناء على الصورة

الخيالية التي تحملها عنه، تدعيما لذلك طبيعة إستجابتها (واش حبيتني نقولك) و(تأتي الرياح بما لا تشتهيه السفن) أي صورة الطفل الواقعي لا تحمل أي إشباع نرجسي منتظر للأمومة فهو يعتبر بمثابة إحباط.

نستنتج منما سبق أن أم أمين تعاني من ضعف في تماسك الأنا لديها، رغم وجود النرجسية التي قال عنها **A. Green(2002)** "أنها تمثل الإسمنت الذي يمسك أجزاء الأنا"، إلا أنها تعاني من إختلال في نرجسيتها التي ظهرت في شكل جلد ثاني حسب **E. Bick(1999)** ،وعلى هذا لم تؤدي وظيفتها الأمومية، أي لم تتنازل عن نرجسيتها من أجل إبنها الذي يعتبر كإمتداد لها، حتى توفر له الرعاية الأمومية التي تتمثل في الموضوع –الغشاء، ما جعلها هشة وغير صلبة، كما يتجلى في خطاب أم (أ) عدم القدرة على تحمل الصورة الواقعية لطفلها، وهذا راجع إلى ضعف وظيفة الصاد للإثارة وبالتالي عدم القدرة على تحمل الإحباط وتجاوزها له حتى بعد 7 سنوات من ميلاد إبنها.

المحور الرابع: يخص نظرة الأم إلى إبنها بعد الإستفادة من الزرع القوقعي.

من خلال كلام أم أمين يبدو الجرح النرجسي واضح، بما أن النرجسية حسب **A. Green(1983)** تمثل الإسمنت الذي يربط أجزاء الأنا فيما بينهم ، فإن ذلك الجرح النرجسي يمثل تصدع في الأنا وبعبارة أخرى في الغشاء النفسي الذي وقف على تكون غشاء نفسي آخر يخص إبنها، وقد تم إستنتاج ذلك من كلام أم أمين في قولها (ما شي كامل Normal) (وليت نتقلق نهار نخرج ونديه معايا) و(ماشي Normalكي نروح للعرس) (واش حبيت يعنيلي) وكأنها سوف تفقد ذاتها عند إنفتاحها على إستثمار موضوع آخر، وبالعودة إلى **C. Chabert(1999)** التي تحدثت عن السجلين الذين خصتهما لإستثمار العلاقة مع الآخر أي الذي يترجم في شكل إسقاطات تروية إما في شكل تعلق شديد وإما في شكل عدوانية وكره، من خلال خطاب أم أمين نجد كلا العنصرين متوفرين لكن بنسب متفاوتة حيث نجد التعلق الشديد في شكل إنشطار تصور الموضوع حتى تضمن من خلاله التوازن الداخلي (علاش تزوجت مع وليد خالتي، كل شيء راح يخلصو وليدي) ونجد النزوات العدوانية التي تم إنكارها في البداية (بصح وليت نضربو، نعيط عليه) لكن شيئا فشيئا أصبحت واضحة.

هذا راجع إلى تجاذب وجداني يخص إجتياح الشعور بالذنب حول ميلاد طفل معاق وزوج يمثل قضيب الأب المفقود في لاشعور أم أمين ، ما جعل هذا السير النفسي الذي وقف على النمو النفسي لدى طفلها الحامل للزرع القوقعي يرجع إلى مسامية الحدود حسب **C. Chabert(2002)** و ما ينتج عنها من

عدم التمييز بين السيء والطيب وكذا عدم التحكم في التدفق النزوي وبالتالي عدم القدرة على صد الإثارات سواء الداخلية أو الخارجية.

نسجل إذن في هذا المحور سطحية علاقات أم أمين الشيء الذي يفسر ضعف الإستثمار الناتج عن ضعف الإستدخال، كما نلمس إسقاط النزوات العدوانية على مجتمع معلوم (زوجها وأمها) بالإضافة إلى مجتمع مجهول (الذراري، الإنسان، الناس) ، يمكن إرجاعه إلى ضعف الوظائف الأمومية لديها و القائم بها غشاؤها النفسي، و كذا عجزه بالتالي على ضمان وظيفة التبادلات ما بين الداخل والخارج، وكذا المبادلات التي تخص الغشاء العائلي من حيث صد الإثارة الآتية من الداخل في شكل نزوات عدوانية تجاه زوجها، أمها بالإضافة إلى إبنها.

1-1-3/ملخص عام عن المقابلة مع أم (أ):

من خلال تحليل كل محتويات المحاور الخاصة بالمقابلة يمكن أن نقول أن أم أمين وفقت في إثراء الموضوع بإجاباتها الصريحة على المحاور، مما يسمح لنا بالحصول على دلالات تبين طبيعة الرعاية الأمومية التي وقفت على تكون الغشاء النفسي لدى إبنها.

في حين يظهر الدفاع النرجسي في غالبية المحاور، ما يسيطر هو ظهور التذكر المستمر بالنقائص، الشيء الذي قد يؤثر على إدراكها للحدود الداخل نفسية وكل جرح نرجسي يمثل تصدع في الغشاء النفسي و بالتالي عجز هذا الأخير في أداء وظيفته المتمثلة في الحماية والدعم النرجسي Support لإبنها ،وكذا الإحتواء في العلاقة أم-الطفل بمعنى توفير الموضوع الغشاء بصورة مستمرة حتى تحوي بدورها المبادلات الجارية مع إبن مصاب بالصمم.

نلاحظ أيضا أن أم أمين لم تتلفظ بكلمة (وليدي) في خطابها إلا في نهاية المقابلة بينما إستخدمت الكثيرمن العبارات التي تبدأ "بكيما أنا" و "أنا" كأنها تؤكد على كيونتها وهويتها بالتأكيد على أنها إمرأة رغم إخفاقها في إنجاب طفل عادي.

1-1-4/ تحليل إختبار رسم الرجل للحالة الأولى (أمين):

أولا: تاريخ الحالة

يبلغ أمين 7 سنوات و ستة أشهر، ولد في تسعة أشهر من والدين يتمتعان بسلامة حاسة السمع لديهما، و سجل 10/9 بعد الدقيقة الأولى و 10/10 بعد الدقيقة الخامسة فيما يخص **علامة أبكار**، إستفاد من رضاعة إصطناعية إلى غاية 3 سنوات، نلاحظ تأخر في تحقيق الإستقلالية في كل من النوم و ضبط عمليات الإخراج إذ لا يزال يحمل الحفاظات إلى غاية الان. تم تشخيص صمم خلقي عميق لديه بعد

سنة من ميلاده و لم يتم إدماجه في أقسام التنطيق على مستوى مدرسة صغار الصم، بالإضافة إلى أنه لم يحمل معينات سمعية قبل الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي. تمت عملية الزرع دون مشاكل ولا تعقيدات، و حاليا أمين حامل لجهاز الزرع القوقعي من نوع Med-el منذ 30 شهرا على مستوى الأذن اليمنى كما أنه متمدرس في السنة الأولى إبتدائي.

ثانيا: الملاحظات المسجلة حول الرسم

تقبل أمين أن يرسم دون صعوبة او مقاومة بعد أن وجهنا له التعليمة الأولى أين رسم طفل، ثم طلبنا منه أن يرسم شخصا من الجنس الآخر، تم الرسم الأول في 17" بينما الرسم الثاني في 25" .

- تمثل الرسم الأول في رسم رجل ذات دلالة مرتبطة به هو شخصيا.
- تمثل الرسم الثاني في رسم إمراة ذات دلالة مرتبطة بأخته.
- مثل أمين الرأس ثم الأطراف

ثالثا: المظاهر العامة للرسم

تموضع رسم أمين في الجهة اليمنى للورقة بقليل التي تمثل المثالية و الخيال، وفي الجهة العليا تدل على الحاجة إلى البحث عن تحقيق الإشباع من الخيال و الهوامات عوض الواقع. جاء رسمه من اليسار إلى اليمين في حركة نكوصية، تدل على رغبة داخلية في الرجوع إلى مراحل مبكرة من حياته دلالة على عدم سيطرة مبدأ الواقع لديه، وفيما يخص الخطوط نلاحظ إنطلاقة الرسم بخطوط قاتمة من الجهة اليمنى إلى الخطوط الفاتحة في الجهة اليسرى أين تدل على تجاذب وجداني فيما يخص طبيعة محيط الجسم لدى أيمن من جهة بالإضافة إلى التاكيد و التكرار في رسم وتموقع الرأس إشارة إلى التوتر والتردد من جهة وكذا التركيز على هذا الجزء من الجسم من جهة أخرى.

لكن ما يلفت الإنتباه هو عدم نضج ونجاح رسم الرجل لدى أمين أين نلاحظ غياب توازن وتناظر في موضوع الرسم ما يتجلى هو: الجهة اليمنى للرجل متطورة (أطول) من الجهة اليسرى.

نلاحظ فيما يخص المظاهر التحليلية للرسم غياب الأشكال المتطورة عموما لكل من الفم، الأنف، الذراعين، اللباس، الرقبة والجذع بمعنى غياب تمثيل الجسم يرمي بنا إلى إستخلاص مفهوم (le Bonhomme têtard précose) الذي يكون عند أطفال مادون 4 سنوات، وعليه فرسم أمين أهمل التفاصيل العامة لرسم الرجل ما يؤكد الرعاية الأمومية الغائبة في أداء دور الحاوي حتى يستقبل من خلالها العالم الخارجي وبالتالي نوع الغشاء حتى يتمكن من إحتواء نفسه بنفسه في المبادلات الجارية مع المحيط الخارجي أين يعيش كفرد إجتماعي بعد تصليح حاسة السمع لديه أي الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي. فبالرغم من سماعه التعليمة وفهمه لها

ومن ثم الإقدام على الرسم، إلا أنه وضح رسمه في العينان الصغيراتان ما يمثل إذن الإنطواء على الذات وغياب وظائف التصفية والتمييز من جهة وكذا إلى غياب دعم نرجسي يغطي الثغرات النرجسية لديه قصد بناء صورة نرجسية عن ذاته تسمح له بإحتواء ذاته ،وكذا التمييز ما بين الداخل والخارج ورسم معالم للحدود النفسية التي توضح بدورها مدى توحد المخطط الجسدي من صورة الجسم لديه.

1-1-5/ملخص عام عن إختبار رسم الرجل:

من خلال تحليل إختبار رسم الرجل وما جاء في المستدعيات يتبين لنا أن أمين يعاني من إختلال في مراحل تكون الغشاء النفسي من بينها مرحلة التوحد، مرحلة التكافل العادي وكذا مرحلة الإتصال و الفردانية وعليه إشكالية التمييز بين الداخل والخارج بلغت ذروتها عند ذكره بأن الشخص المرسوم هو نفسه ويتمثل في حجم (كبير) بينما رسم أمين يعكس غير ذلك، إذ حسب **M. Mahler(1967)** الإستقرار الداخلي للموضوع الداخلي المستدخل وإستمراره هو الذي يسمح بالتطور والنمو السوي، وبلوغ الإستقلالية حتى يتم التعرف على حدود الجسم وكذا الأنا.

بناء على التوضيحات المقدمة من طرف أيمن حول الرسم نجده أيضا في (7 سنوات) لا يزال يتمـــاهى بالأم ما يؤكد تدمر هـــوام الجلد المقتلع لديه وإستمرارية عمـــل هوام الجلد المشترك مع الأم بمعنى (la peau commune) حتى يضمن توظيف بنية الغشاء النفسي لديه والمتمثل في التموضع (المسكن) (l'habitat)في الآخر وليس في غشائه النفسي، إذ حسب **كارين ماكوفر (1987)** في حالة إختلال النرجسية يكون الرسم غير كامل من حيث الشكل والملابس وبالتالي فإن أي خلل أو تشويه في الشكل المرسوم يعبر عن خلل في النرجسية التي يمكن أن تترجم في عدم نجاح إختبار "رسم الرجل".

1-1-6/تقييم الحالة الأولى أمين:

بعد تحليل ما جاء في إختبار رسم الرجل والتفسيرات المقدمة حوله، يتبين لنا أن التأخر في التحكم الحركي للخط و غياب معالم واضحة فيما يخص المخطط الجسدي و الصورة الجسدية لديه بالإضافة إلى حمله الحفاظات (les couches) وكذا النوم مع الوالدين من جهة والإستفادة من جهاز الزرع القوقعي من جهة اخرى إنعكست كل هذه المكونات على غشائه النفسي، إذ لم يوفق إلى حد بعيد في ضمان الوظائف الأساسية للغشاء النفسي، نذكر منها الفردانية والتصفية والحماية والإحتواء، ما جعلنا نفترض أن إصابة الغشاء النفسي لدى أيمن تعود إلى قبل الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي ما يؤكد ذلك هو طبيعة الرعاية الأمومية خاصة والرعاية الوالدية عامة في ضمان نمو ذات سليمة لديه،

توضيحا لذلك إرتباك أمين أثناء الرسم والتوتر مع التردد بالإضافة إلى عدم الإستقرار النفسي الحركي الذي ترجم في رسم غير كامل، يعبر بطريقة أو بأخرى عن إسقاط لذات الشخص الذي يرسمه حسب **كارين ماكوفر.**

وعليه فأمين نتيجة لغياب الغشاء العائلي والغشاء الوالدي وكذا غياب وظيفة الأم في ضمان وظيفة الإحتواء التي تبقي بالتالي وظيفة رمزية حاوية، جعله يعيد إستدخال تصورات تخص موضوع لم يوفق في إزالة ثغرات نرجسية تخص فشل الموضوع الحاوي في أداء دوره، ما يسميه **W.R. Bion (1962)** بـــ (خوف بدون عنوان)، وغياب الموضوع الغشاء والموضوع الحاوي في علاقات أيمن الأولى جعلته لا يتصل بوضعية خــــارجية حاوية بما فيها الكفاية حسب **E. Bick (1960)** ، دفع به ذلك إلى البحث عن بديل في رسمه اي بديل حاوي لتوتراته الحالية حسب النظرة التي تحملها أمه عنه أو ما يسمى بنشأة (un faux self) حسب **D.W. Winicott (1971)** في قول أمه (كنت شايفاتو حاجة وحد أخرى) و في قولها أيضا (نحبو يهدر normal مليح) بالرغم من أنه طفل مصاب بالصمم الخلقي و حامل لجهاز الزرع القوقعي حاليا. حتى تحدد الهوية لدى الطفل، من الواجب توفير الرعاية الوالدية اللازمة في بناء علاقة ثلاثية واضحة و مستمرة مع توضيح طبيعة المبـــــادلات في هذه العــــلاقة أو ما سماه **S. Resnik (1999)** بـــ (les parents harmonieusement combinés) حتى يوفرا بدورهما الدعم الذي يبقي على سيرورة عمودية للأب وهي الصرامة و السلطة، ووظيفة أخرى للأم تكون أفقية تضمن الإستقبال المتبادل في العلاقة أم–الطفل حتى تحوي كل تلك المبادلات، لكن على عكس ما سبق ذكره، أمين لم يتحصل على هذا النوع من الرعاية حتى تتكون له ذات سليمة وبالتالي غشاء نفسي سليم، لأن الإحساس بالترك (le sentiment d'abondon) حسب **S. Tisseron (2005)** يؤكد ما سبق التطرق اليه ، إذ يظهر في الرسم الصغير الطفلي (Enfantin) و المخطط الجسدي رديء، و ملامح الوجه غير واضحة .

2-1/ الحالة الثانية ماريا:

1-2-1/ عرض محتوى المقابلة مع أم ماريا:

أم ماريا تبلغ من العمر 50 سنة، وهي أم لـــ 8 أطفال، ماريا هي أصغرهم تبلغ من العمر 8 سنوات و ستة اشهر.

الباحث: أحكيلي كيفاش كان الحمل نتاع؟

أم ماريا: الحمل نتاعي كان Normal ولكن كنت مقلقة يعني مقلقة على خاطر كانت تبوجي بزاف... حسيت كلي هي ثاني مقلقة كيما أنا، ما فهمش علاش بالاك كي كانت عايشة في كرشي، الحاجة المليحة في هذا الحمل شغل كنت نحس روحي en forme مليحة، التقلاق إيه التقلاق برك هو اللي ميز الحمل نتاعي كنت نتابع عند الطبيبة وكلش كانNormal ولكن ماتنساش كان في عمري 41 سنة بالاك على هذا الشيء اللي كنت مقلقة، والحمل صح جا في وقتو، كان لازم نلهي روحي على خاطر ولادي كبرو وكنت نقعد وحدي في الدار c'est pour ca.

الباحث: والولادة نتاع بنتك؟

أم ماريا: الولادة نتاع بنتي كانت Normal يعني في 9 أشهر كيما كامل النسا، لكن الولادة جاتني واعرة على خاطر كانت عندي Emoragie قبل ما نولد لكن ماشي Danger هكذا قال الطبيب على خاطر انا كانت عند ي Emoragie من قبل في الولادات اللي فاتو، نقدر نقولك الولادة كانت عادية ماشي قصرية مزية....6"(تبتسم)، وشنو أنا كي زيدت بنتي حطوها وحدها، خلوها لهيك (إشارة بيدها إلى مكان منعزل في الغرفة) ما نعرف وعلاش Mais ماكوناش كيف كيف راك تعرف التعب نتع المراة مور ما تولد، Mais والله غير كنت حابة نشوفها.

الباحث: تقدري تقوللي كيفاش كنتي تتصوري بنتك كي كنتي حاملة بيها؟

أم ماريا: علا بالك.... المرأة لازم تكون مرأة مليحة باش تحب ولادها وهما ثاني يحبوها الدنيا هي اللي خلاتها هكذا c'est ca .

الباحث: Si non وأنت كيفاش كنتي تتصوري بنتك كي كنتي حاملة بيها؟

أم ماريا: 7".... عرفت حاجة.5" حسيت بها غير أنا، على خاطر كانت عندي تجربة مع التوأمين اللي زادو عندي من قبل هما ثاني ما يسمعوش كنت نقول بالك هي ثاني تخرج كيما هما كنت نتخيل ونقول ثاني بنتي مهما يكون تكون شاطرة هكذا باش تولي مليحة كيما أنا على خاطر حسيت بلي طفلة سبحان الله، كيما ثاني كنت ننقول حتى إذا ما عندنا حتى واحد في العايلة ما يسمعش، حتى وإذا بنتي كي تزيد وتكون ما تسمعش أنا

يماها هكذا نقدر نخزر فيها بالعين تكفيني، دير في بالك بلي المرا حتى حاجة ما تجيها كيما الضناية، لا خاوتك، لا يماك، لا باباك حتى حاجة ما تدي بلاصة الذراري c'est ça.

الباحث: واش حسيتي كي عرفتي بلي بنتك عندها صمم خلقي؟

أم ماريا: يعني ما تسمعش؟

الباحث: oui

أم ماريا: والله ما نكذب عليك تحس روحك ما شي كيما الناس وقتها اللي تنسى شوية la famille يفكروك بلي أنت ما شي كيما هوما، وما تقدرش تكون كيما هوما هكذاك على خاطر عندي 3 ذراري على 8 الله يبارك...8"ما يسمعوش، صح أنا كنت حسيت وشكيت كي كنت حاملة بيها حسيت بلي بنتي كانت عندها صفات وخصائص كيما les jumeaux اللي عندي على خاطر هوما ثاني ما يسمعوش كانو Agité بزاف كيما ماريا كيف كيف وفي 5 Mois من بعد قلت لازم إيشوفها الطبيب اللي قاللي هو ثاني بلي لازم تعسيها حتى لعام من عمرها باش نديرلها الحل على خاطر عندها صمم شديد، ياخي كاين الحل ضر الحمد لله على كل حال، حاجة ربي ماراهي حاجة العبد.

الباحث: كيفاش هي العلاقة نتاعك مع بنتك؟

أم ماريا: نقدر نقولك بلي Normal بنتي كيما ولادي لخرين لكن كاين حاجة ما نكذبش عليك كنت مقلقة كي كنت نربي فيها ماشي كيما خاوتها لخرين ما كانش في عمري 20 سنة...7" (تبتسم) mais ما منعنيش السن نتاعي باش نرضعها حتى العامين، كان عندي الحليب الحمد الله، وبنتي تحبني بزاف ظل معايا، لكن تحب باباها ترقد معاه كيما كل ليلة حتى باباها يحبها هو ثاني كيما هي ولا أكثر، ومعايا أنا متعلقة بزاف، مرتبطة بيا حتى وليت أنا ثاني نقرا كيما هي باش نقدر نزيدلها في القراية نتاعها على خاطر راهي في السنة الثانية لازم نكون معاها راك تعرف الأم ما تسمحش في أولادها.

الباحث :واش اللي يميز العلاقة نتاعك مع بنتك؟

أم ماريا: بنتي ولات تحب تقعد معايا بزاف ، نقول بالاك fille à maman ساعات ... 9"(تبتسم) كيما قلتلك تحب ترقد مع باباها حتى وإذا في عمرها 8 سنوات ضرك كيما تحب ترقد معايا أنا ثاني، وكي جات طفلة وما تسمعش راك تعرف ماشي حاجة ساهلة وثاني كيما ذراري عندنا المرا ماشي كيما الراجل العيب يبقى ديما في المرأة وثاني عندها ساعات تشمخ لفراش تقعد mois7 حتى Mois8 ويكون التشماخ تاع لفراش ديالها فالليل Mais ضرك sa fait 14 شهر ما شمختش لفراش ...11"

أنا على كل حال نقول الحمد لله عندي 3 ذراري ما يسمعوش كاين اللي ماعندهمش الذراري وكاين اللي عندهم أكثر.

الباحث: تقدري تقوللي واش يعنيلك أنك تكوني أم لبنت حاملة للزرع القوقعي ؟

أم ماريا: والله العظيم نقول الحمد لله، ربي إختبرني وساعات نقول ربي يخفف عليا، على خاطر في كل مرة نوض ونستغفر ربي في الليل، نحس بلي ربي أعطاني أمانة لازم نحافظ عليها هي برك..6" المسؤولية تاعنا أنا وباباها على خاطر هي مادارت والو ربي لي مدهالنا هكذا مادام حاجة ربي سبحانو لازم نتعاملو معاها بالعقل والقلب ياخي الطفل ما يحتاج غير للحنانة ولا ، لا لا؟

الباحث: واش اللي تبدل في حياتكم؟

أم ماريا: صح تبدلو بزاف حوايج، من نهار اللي دارولها l'implant في ربعة سنين ولات تقعد، تحوس تفهم، تهدر، elle demande même وزيد ولات تشارك معانا في الدار في الهدرة ما شي كيما كانت من قبل ضرك sa fait 4 سنين من اللي راهي بـــ limplant هذي المرة جابت 6.45 المعدل حتى المدير قال لي قريب تولي Normal على خاطر كاين الذراري Normal ما جابوش هذا المعدل، حكاتلهم للفاميلية كامل بلي جابت مليح تحسن المعدل نتاعها ولات تقول لي ماما ماما أنا نحب نولي طبيبة، أنا ثاني شت بلي تولي صح تقدر تولي مرأة، قارية شابة ومليحة..5" نقولك ربي يعطيني الصحة هذا ما كان باش نشوفها ولاتك كيما راني نتمنى يارب.

1-2-2/ تحليل محتوى المقابلة مع أم ماريا:

الحور الأول: يخص ظروف الحمل والولادة

ظهر عند دخول أم ماريا التحفظ و طلب الإستئذان حتى تدخل إلى المكتب، ومن ثم إستئذنت حتى تجلس، أما الصورة الخارجية تميزها إهتمام من حيث النظافة والهيئة والتناسق في كل من الشكل واللون كما هو الحال بالنسبة لإبنتها.

يتجلى لنا أن ظروف الحول والولادة بالنسبة لأم ماريا كانت عادية، كونه حملا مرغوبا فيه في حين، تميز الحمل بنوبات من القلق الدائم طيلة فترة الحمل، اذ تظهر مواقف ماسوشية مفرطة أظهرتها أم ماريا بشكل مباشر، أين تتجلى الماسوشية الأولية في عملية الحمل حتى وإن كان سنها 41 سنة ،إلا أنها تجاوزت القلق الذي عاشته وكأنه إنتقل كصفة وميزة إلى حملها وبعدها أضافت مواقف ماسوشية أخرى أخلاقية ومعنوية ،خصت المسؤولية الامومية ورغبة هوامية في خدمة الطفل في قولها (ولادي كبرو... الحمل جا في وقتو... كان لازم نلهي روحي...) حيث حسب ما ورد عن H. Deutsch (2008) : "تكون الماسوشية الأنثوية

عند المرأة أولية وتكون الماسوشية المعنوية والأخلاقية عادة ثانوية ". كما أبدت أم ماريا سلسلة من المخاوف إنطلاقا من القلق في فترة الحمل إلى غاية النزيف قبل الولادة، يعتبر مساسا أو إمكانية غياب الأمومة لكن سرعان ما تحسن الوضع بتأكيدها للولادة الطبيعية والعادية في 9 أشهر.

يمكن إذن إستنتاج أن أم ماريا أدركت الحدود الداخل نفسية وبصفة أخرى تسجل إمكانية الغشاء النفسي لديها كأم لبنت عادية في إدراك وظيفة الإحتواء الشيء الذي يضمن بالتالي التمييز ما بين الداخل والخارج كمرأة في وضعية أم أثناء الحمل ومن ثم الولادة.

المحور الثاني: يخص تصورات الأم حول ابنتها وردة الفعل حول إصابة حاسة السمع لديها

سجلنا صعوبة لدى أم ماريا قبل الخوض في الحديث لكنها تدريجيا أبدت رضا وراحة من خلال وضعية أم لتوأمين مصابين بالصمم من جهة، وتحضيرها نفسيا لخدمة تصورات تحمل إمكانية إصابة ابنتها هي بدورها بالصمم، أين تظهر خصائص نرجسية في ذكر دورها بالإضافة إلى المواقف الفعالة والمهمة إتجاه الأبناء، هذا ما أدى بها إلى بناء قواعد وأسس مع بنت غير عادية أو بتعبير آخر مصابة بصمم خلقي، أي ما مكنها من أن تتيح لها غشاء بصري في المبادلات الجارية مع إبنتها في قولها (نقدر نخزر فيها بالعين تكفيني) هذا ما عمل على تجاوز الإحباط في إنجاب بنت مصابة بالصمم، كون الغشاء البصري يضمن إشباع نرجسي للأمومة إلا أن الإحباط كان مرحلة تفرض بلوغها والمرور عنها ما يؤكد تجاوزها لصدمة التشخيص الطبي هو كونها تبقى مصرة على رغبتها في الحصول على بنت وكل ما يمكن أن تقدمه لها، وما يمكن أن تتحصل عليه أي أن تكون مرغوبة منها، لكنها تقوم بإرصان مشكلتها وذلك بالإلتجاء إلى إرادة الله... (حاجة ربي ما راهي حاجة العبد).

من خلال ما تم ذكره في هذا المحور يمكن القول أن مسامية الحدود لدى أم ماريا أدت إلى تماسك وظيفة الإحتواء، هذه المسامية أدت إلى ظهور وظائف محددة للمبادلات مع ابنتها او ما يسميه **G. Rosalto (1985)** les signifians de démarcation ما بين الداخل الخارج فيما يخص المبادلات الخارجية ما بين الأم وطفلها، نأخذ مثلا مجال بصري معين يأخذ محل الغشاء البصري الذي يستقبل من خلاله الطفل العالم الخارجي في المشاعر والإحساسات المستقبلية من طرفه حتى يتمكن من الفرز والتمييز بين الأنا واللا أنا.

المحور الثالث: يخص العلاقة بين الأم وابنتها سابقا وحاليا

لم تجد أم ماريا صعوبة للدخول في الخطاب إذ تميزت معاملة ماريا من طرف أمها بمعاملة عادية لا حماية زائدة ولا إهمال، بالرغم من سنها الذي يؤكد أنه يوحي بالقلق الذي قد يرجع إلى نهاية مرحلة خصوبتها أو ما يعرف بـــ la ménopause ،كونها تمثل فقدان وظيفة خلقت من أجلها أي ما يعادل نهاية إنتاج عملية كانت ممكنة ومحققة للوجود ألا وهي الولادة (الإنجاب)، في حين نلاحظ تكرار كلمة Normal أي تقوم بما يعرف بـــ remachage وهذا ما يعكس تصور مصدر الفرحة والسعادة وكذا تعويض ما ينقصها (نقص القضيب) ، بحيث يجعلها تحس بالإنتاج والفعالية و النشاط (أنا ثاني نقرا كيما هي... راك تعرف الأم ما تسمحش في أولادها) ،يتواصل في إظهار مواقف ماسوشية للمرأة والأم والبنت أي ما يخص الأنثى، في قولها (كي جات طفلة ماتسمعش راك تعرف ما شي حاجة ساهلة) ما ينعكس في الدور الأمومي لها (ماسوشية : الحمل، الولادة، والتربية) ، أما الجانب النرجسي الذي لا يكاد يظهر إلا في الإشارة إلى مكانة المرأة من الزوج في ما أشار إليه **S.Freud (1925)** : "ميل إلى الخضوع لضروريات الوجود الكبرى، وإستعدادا أقوى بالمقابل للإنسياق في قراراتها وراء عواطف الحب والكره" في قولها (الحمد لله أنا عندي ذراري ما يسمعوش كاين اللي ماعندهومش كامل).

إستنتاجا لما تطرقنا إليه يمكن القول أن أم ماريا تموقعت في وضعية ماسوشية خدمة لرعاية معتدلة، تميزت بإرضاع طبيعي لمدة 24 شهرا حتى يظهر البعد التعلقي لإبنتها كونها واصلت التبول إلى غاية 6 سنوات و 8 أشهر، ما يوضح أيضا تأخر في ضبط عملية الإخراج وكذا الإستقلالية في النوم بمعنى آخر إستقلالية ماريا عموما.

المحور الرابع : يخص نظرة الأم إلى إبنتها بعد الإستفادة من الزرع القوقعي

نلاحظ عند مباشرة أم ماريا الكلام في هذا المحور التطرق إلى الرعاية بعد تجاوز الصدمة والإحباط المتمثل في إنجاب طفل غير عادي، حتى يكون نتاجا مباشرا لتفجر مشاعر هائلة من الإحساس بالذنب ما يؤكد إتجاه راجع إلى تصور مرتبط بعاطفة تفرض مسؤولية الرعاية الأمومية في قولها (أمانة لازم نحافظ عليها) ،و يتجلى في تطور لعلاقة ام–طفل ما إنعكس على الغشاء العائلي وما يترتب عليه في إدخال الأبناء كطرف مهم في معادلة تخص المبادلات الخارجية والتي تتسم بدعامة حسب **D. Anzieu (2000)**، الذي يتم في وظيفة الخط المشترك بين مجالين والتي يؤديها الغشاء النفسي فيما بعد، حتىيسمح الإتصال بمختلف المجالات النفسية وكذا الطبيعية والثقافية... أي بين مجالات الداخل ومجالات الخارج.

يمكن القول أن ام ماريا وبعد إستفادة ابنتها من جهاز الزرع القوقعي تمكن الغشاء العائلي لديها من ضمان وظيفة التحويل في التنظيم الإقتصادي الذي يقوم بتحويل العاطفة والرغبات اللاشعورية إلى تصورات بصرية ولفظية، راجعة إلى الإدراك وإستمرار وظيفة الإحتواء والتصفية والتمييز حسب **D. Anzieu(2000)**.

1-2-3/ ملخص عام عن المقابلة مع أم ماريا :

أبدت أم ماريا مواقف ماسوشية أكثر من المواقف النرجسية رغبة منها في الإنفتاح على إستثمار مواضيع أخرى، أين ظهرت بشكل معين الرغبة في إستثمار ماريا (البنت) حتى تحدد طبيعة إستثمارها للموضوع ، وتتمكن من إشباع نرجسي وتفريغ للحاجات النرجسية، إذن لم تبقى في شكل حلقة مغلقة وإنما أتاحت الفرصة لإبنتها كي تطور قدرة الإستدخال وإستقبال العالم الخارجي بناء على دليل الواقع (l'indice de realité) حسب **D.W. Winicott (1969)** و تتم المبادلات وتحدث تطورات على مستوى تكون الغشاء النفسي لدى إبنتها.

نلاحظ أيضا أن حمل ماريا كان حملا مرغوبا فيه، حتى أن الحالة الصحية تميزت على حد قولها كنت en forme بالرغم من أنها كانت متقدمة في السن 41 سنة، وفترة الحمل إمتدت على مدار 9 أشهر أين تمت الولادة في صورة طبيعية وعادية ، وتم تشخيص الصمم لدى ابنتها في 5 أشهر، إلا أن ذلك التشخيص لم يمنع أم ماريا من رعايتها وإرضاعها رضاعة طبيعية لمدة 24 شعرا في حين نلاحظ تأخر فيما يخص إسقلالية ماريا فيما يخص ضبط عملية الإخراج (التبول اللاإرادي الليلي، النوم مع الأولياء...إلخ) هذا كان عموما ماورد في المقابلة مع أم ماريا.

1-2-4/ تحليل إختبار رسم الرجل للحالة الثانية (ماريا) :

أولا : تاريخ الحالة

تبلغ ماريا 8 سنوات و ستة أشهر، ولدت في تسعة أشهر من والدين يتمتعان بسلامة حاسة السمع لديهما، سجل 10/9 بعد الدقيقة الأولى و 10/10 بعد الدقيقة الخامسة فيما يخص **علامة ابكار**، إستفادة من رضاعة طبيعية لمدة 24 شهرا ،و نلاحظ تأخر في تحقيق الإستقلالية في النوم و كذا ضبط عمليات الإخراج إذ نسجل التبول اللإرادي الليلي إلى غاية 6سنوات و 8أشهر مثلا، تم تشخيص صمم خلقي عميق لديها بعد خمسة أشهر من ميلادها ، لم يتم إدماجها في أقسام التنطيق بمدرسة صغار الصم، بالإضافة إلى أنها لم تحمل معينات سمعية قبل الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي. تمت عملية

الزرع دون تعقيدات و لا مشاكل ، حاليا ماريا حاملة لجهاز الزرع القوقعي من نوع MXM منذ 4سنوات و شهر على مستوى الأذن اليمنى ، و متمدرسة في السنة االثانية إبتدائي.

ثانيا: الملاحظات المسجلة حول الرسم

تقبلت ماريا أن ترسم دون صعوبة او مقاومة بعد أن وجهنا لها التعليمة الأولى أين رسم طفلة ومن ثم طلبنا منها أن ترسم شخصا من الجنس الآخر، تم الرسم الأول في39" بينما الرسم الثاني في 44" .

- تمثل الرسم الأول في رسم إمراة ذات دلالة مرتبطة بها هي شخصيا.
- تمثل الرسم الثاني في رسم رجل ذات دلالة مرتبطة بأخيها.
- مثلت ماريا الراس في الاول، الجذع في الثاني ثم الاطراف، و في النهاية الشعر ثم التنورة.

ثالثا : المظاهر العامة للرسم

تموقع رسم ماريا في أقصى الجهة اليمنى الوسطى للورقة والتي تدل على الحاضر، الواقع و المراقبة الفكرية، التمركز في وسط الورقة في شكل عمودي يعبر عن الحاجة في امتلاك الفضاء أما فيما يخص الخطوط نذكر أن ماريا بدأت رسمها بحركة خطية من اليسار إلى اليمين في حركة نكوصية تدل على رغبة داخلية في الرجوع إلى مراحل مبكرة من حياتها.

جاء رسم ماريا في شكل خطوط قاتمة وواضحة، توضح محيط الجسم بكل تفاصيله كدلالة على الأمن والإستقرار في الحركة النكوصية وما تجلبه من طمأنينة حسب **كارين ماكوفر**، بالإضافة إلى كون هذه الخطوط مستقيمة وصاعدة تدل على كل من الرزانة، الصلابة والإنشراح، ودينامية الحياة لديها توضحت من خلال وضعية الذراعين في صورة أفقية منحنية نحو الأسفل تدل على الحاجة للتحكم في النفس والحركة ، وكذا وضعية الساقين التي اتت في شكل رجلين مبتعدتين نجدها عند الذين لديهم ثقة بالنفس كما خصتهما بشكل متطور منفصل عن الملبس، والكتفان الظاهران إشارة منها إلى تعظيم الجسد، كما يظهر محور الرأس غير متناسق مع محور الجذع وهاذين الآخرين مع محور الساقين، اشارة إلى عدم التناظر. لكن يظهر في رسم ماريا الشطب و المحو على ثلاث مرات ، يدل ذلك على موقف الخوف من المواجهة، و يمثل ايضا الشعور بالنقص و كذا عدم الرضى، ترجمة منها لعدم إشباع الحاجات الغريزية (كونها لا تزال تنام مع أمها وأبيها مثلا) وهي بالتالي تدل على الخضوع لغرائز بدائية.

يظهر الرأس في شكل عادي كدلالة عن الإلتزام بمبدأ الواقع، والعينان في شكل متطور مقعر و مفتوح يعني الإنفتاح على الذات و العالم الخارجي، والفم المقعر والمستدير إشارة إلى السلوك الطفلي و التبعية (une fille a maman)حسب ما ورد في المقابلة مع الأم. أما الأنق الذي يظهر على شكل تعزيز في الخط يرتبط بالحياة الجنسية وما يرافقها من مشاكل، وإهمال الأذنين يعني حساسية لفقدان وظيفة حسية يعني إضطرابات في السمع مثلا هذا ما يؤكد الإصابة بالصمم لديها.

إستعمل الشعر في رسم ماريا للتعبير عن الستار من جهة، وإشارة إلى مكون نرجسي عند المرأة، بالإضافة الى الشهوانية من جهة أخرى. لكن ما يلفت الانتباه ظهور الشعر في شكل متطور مع تصفيفة معينة خاصة بها تاكيدا للبعد الاسقاطي في رسمها، والذقن المقعر والمستدير في رسمها يدل على الرغبة في تحقيق الإتزان والطموحات، في حين نجد الذراعين في إتجاه دينامي لتفريغ طاقة وإستقبال شيء أو شخص معين، أما الأصابع جاءت في صورة مقعرة تدل على الخضوع للأنوثة و النرجسية. إن ورد رسم ماريا بلباس معين نقصد بذلك التنورة فيدل على ابرازالنرجسية الأنثوية التعويضية علاقة بالمواضيع التي تغطيها. وفي ما يخص الجذع الذي جاء كإشارة للجهود المبذولة قصد التحكم في الحياة الغريزية في شكل خطوط أفقية تعبيرا عن جهد آخر للمحافظة على توازن عاطفي غير مستقر، كما تتجلى الرقبة في شكل ممتد يدل على الإعجاب بالنفس والطموح. غياب الفضاء الخارجي و الحجم الكبير للجسم الذي شغل الورقةفي الجهة اليمنى في كل من الرسم الاول و الثاني، يعود إلى النرجسية اللباسية–الجسدية من خلال التنورة و تفصيل العينان.

5-2-1/ ملخص عام عن إختبار رسم الرجل:

بعد القيام بتحليل الشكل المرسوم والتفسيرات المقدمة حوله، يتبين لنا أن ماريا رسمت بحركة خطية تمتد من اليسار إلى اليمين تعبيرا منها عن حركة نكوصية كما هو الحال عند أيمن في الحالة الأولى، لكن عموما نقول أن إختبار رسم الرجل عند ماريا كان ناجحا، ما يسمح لنا التأكيد على ذلك وفقا للتوضيحات والتفسيرات المقدمة حوله، إذ حقيقة الرسم يعكس صورة ماريا كون تصفيفة الشعر نفسها لكن السن لا يوافق السن الحقيقي لها وعليه فيعتبر إسقاط لما تريده في التعبير عن النكوص من خلال الحركة الخطية التي توحي الرغبة في العودة الى مراحل سابقة من جهة، و كذا الطموحات و التطلعات المستقبلية في قولها (تقرا مليح، تولي طبيبة) ، والرغبة المستقبلية في أن تصبح طبيبة من جهة أخرى. بشكل عام جاء الرسم بشكل سوي إلا أنه تنقصه الأذنين ويعود إهمال الأذنين إلى فقدان حاسة السمع وإضطرابات في السمع بالرغم من سماعها للتعليمة والتأكد من طبيعة الرسم إلا أنها

أهملت بعض التفاصيل نذكر منها الفضاء و البيئة أي العالم الخارجي ما يؤكد عودتها إلى توظيف نفسي بدائي يعني حسب ما ورد في المقابلة مع الأم (النوم مع الأولياء، التبول اللاإرادي الليلي إلى غاية سن 7 سنوات تقريبا) توضيحا لذلك الفم المقعر والمستدير الذي يبين السلوك الطفلي والتبعية السلبية.

إذن حتى وإن إنقطع الصمت والعزلة بعد إستفادة ماريا لجهاز الزرع القوقعي، إلا أن الثغرات النرجسية تبقى قائمة وواضحة في ذكرها الأنق كإشارة للجزء السيء في الرسم ، يدل على تعزيز الجنسية وما يرافقها من مشاكل بالرغم من أن مرحلة الكمون تعتبر مرحلة تتراجع فيها الطاقة الجنسية حسب **ف.دولتو** ،بالإضافة إلى غياب تمثيل جهاز الزرع القوقعي في رسمها كما هو الحال بالنسبة للحالة الأولى.

1-2-6/ تقييم الحالة الثانية ماريا:

بالرغم من نجاح الرسم إلى حد بعيد مقارنة بالحالة الأولى (أمين) إلا أن ما يلفت الإنتباه عند ماريا هو التبعية السلبية ، التي جعلتها تتموقع في توظيف نفسي بدائي، كما أن مرحلة الكمون التي تعتبر مرحلة من مراحل الطفولة التي تتميز بالصمت والإستقرار من جهة وتراجع الطاقة الجنسية من جهة أخرى، في حين 4 سنوات مرت على إستفادتها من جهاز الزرع القوقعي لكن غاب التمثيل الواقعي لصورة الجسد بكل تفاصيلها، الذي يتجلى في توضيح معالم تبين مدى إصابة الغشاء النفسي في إدراك الحدود ما بين الشخصية كون الفردانية لم تتحقق وهذا دليل على أن الغشاء البصري لوحده فقط لم يتمكن من ضمان المبادلات ما بين الداخل والخارج حتى يضمن الإستمرارية والإستقرار للمواضيع الداخلية، إلا أنه بعد الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي حدثت إصابة للغشاء النفسي في مرحلة الكمون أين الغشاء النفسي لديها لم يعد يضمن التصفية والتمييز يعني بنت في سن الثامنة لا تنام مع الأولياء وإنما تتخلص من التبعية للأولياء حتى تحقق الإستقلالية، تاكيدا لما سبق ذكره التأخر في النمو العاطفي و الرغبة في النكوص حسب **V.Degorce (2001)**: "يظهران من خلال الخط البطئ، غير مستقيم مع تضخيم حجم الجسم، و ملامح الوجه غير منسجمة بالإضافة إلى الخلط في تمثيل الوجه بمعنى لا يوجد فرق جنسي بناء على جملة من التفاصيل".

1-3/ الحالة الثالثة ريحاب :

1-3-1/ عرض محتوى المقابلة مع أم ريحاب:

أم ريحاب تبلغ من العمر 26 سنة، وهي أم لبنتين، ريحاب تبلغ من العمر 7 سنوات و ستة أشهر.

الباحث: أحكيلي كيفاش كان الحمل نتاعك؟

أم ريحاب: الحمل كان Normal، لكن كنت نتصرع مور 3 أشهر اللولين تع الحمل، ما عرفت علاش، كان إذيق خاطري نحس بالدوخة نظل راقدة ماعلاباليش إذا تعرف يعني إذا نقدر نفهمك.... بالاك كيما يقولو النسا مي عاد كنت نتوهر وزيد الحمل الأول نتاعي، كنت صغيرة ما نعرفش، ما نفهمش هذس الأمور Si non كان في عمري 19 سنة ، شحا كنت حاباتو هذا الحمل كشغل عوض ولا عمر un vide في حياتي a part اللي كنت نتصرع ساعات ما كان عندي حتى مشكل صحي الحمد الله.

الباحث: والولادة نتاع بنتك ؟

أم ريحاب : الولادة كانت normal، في 9 أشهر ما كانش فيها مشاكل، والحالية الصحية نتاعي كانت هايلة الحمد لله ما كنت عندي مشاكل في الولادة ولا حتى بعد الولادة كانت ولادة طبيعية وعادية... Mais كاين حاجة 10 أيام بعد ما زيدت تنصرعت مرة واحد خمس دقايق برك شفت طبيب وقالي c'est sans danger لا على صحتي ولا صة بنتي وبعد هذيك المرة الحمد لله خلاص مازدتش تنصرعت راحتلي هذيك الدوخةca va.

الباحث: تقدري تقوليلي كيفاش كنتي تتصوري بنتك كي كنتي حاملة بها؟

أم ريحاب: كنت دايرة في بالي بلي الذرية ربي هو اللي يمدها ونشاء الله تكون بخير Jamais ما درت في بالي بلي بنتي تقدر تكون ما تسمعش، على اطر ما عندنا حتى واحد في العائلة ما يسمعش، بنتي تقدر تكون شابة، مليحة قارية (تبتسم) تتخيل كل أم كي تكون حاملة كيما أنا تجيب طفل ولا طفلة Normal وهكذا تشوف لي تكون حوايج تتشابه فيها مع يماه ولا مع باباه و surtout الكلمة اللي تحبها كل إمرأة تسمعها من عند رجلها هذي يمات أولادي وكي تتكمل هذه الفرحة كي تزيد تسمع وليدك ولا بنتك تقولك ماما ماما Mais هذي حاجة ربي دايما تبقى في يو وحدو... (تبتسم).

الباحث: واش حسيتي كي عرفتي بلي بنتك عندها صمم خلقي؟

أم ريحاب: كانت صدمة، صح صدمة شغل حاجة ما تكونش تستناها أو مبعد طيح عليك من السماء Mais ربي سبحانو ههو اللي يمد ويدي واش يحب لوكان عبد اللي دارها نخلفها لو ولا كاشما نديرولو، حنا النسا ديما نحبو نتهلاو في ولادنا على خاطر في فترة الحمل نكونو نتمناو يكونو عندنا ذراري نحبوهم ويحبونا... (تبتسم) صح المرحلة الأولى مور 4 أشهر شكيت بلي بنتي ماشي Normal كنت نرمي حاجة كبيرة، ثقيلة باش ندير الصوت Mais كانت تحب ترقد... ترقد بزاف تنوض غير النهار تكون جيعانة تحب تشرب الحليب راكles PaPas كي شافها هاكذاك قالك مازالها صغيرة ما تعرفش ما بيها والو تكبر وتتصقم، لو كان كان عرفت نديها عند الطبيب ماشي نقعد حتى لعام ونصف باش نديها عند الطبيب ونتأكد من التشخيص الطبي... (تبتسم).

الباحث: كيفاش هي العلاقة نتاعك مع بنتك؟

أم ريحاب: كنت نحبها بزاف، ومازالني نحبا، نلعب معاها كنت لاتية بيها، كان لازم نتبعها على خاطر كي نهدر معاها ا تقدرش تسمعني وهذا الشيء كنت أنا في 3 أشهر sa fait تكون قدامها، كي نهدر ا تقدرش تسمعني ربي سبانو هو اللي حبها تكون هكذا، شكلتني صعوب في الأول ما علاباليش كيفاش نتعامل معاها على خاطر الناس خليهم يقولو واش يحبو أنا المهم كنت دايرة في بالي وعلا بالي tant que بنتي ما تسنمعش لازم نقوم بيها كي نت روح ضيفة ثلا يحيرو فيها، نخاف عليها بزافsurtout كي تمرضلي ما تقدرش تحكيلي على la douleur نتاعها sa fait لازم نمسها وخزر فيها هكذا حتى نشوفها تضحك معايا ولا رقدت باش نلتهى بروحي هذه هي الأم... (تبتسم).

الباحث: واش اللي يميز العلاقة نتاعك مع بنتك؟

أم ريحاب: دخلتها مايا في العلاقة نتاعي ع ختها الصغيرة حتى التربية بالوقت جاتني ساهلة، رضعتها حتى العامين وهذا الشيء مهم... بدأتتاكل وحدها في 3 سنوات وترقد وحدها في 5 سنين بيتها ونحبها بزافMalgré كاين حاجة ناقصة بيناتنا mais تبالي شاطرة ملي كانت صغيرة الحاجة اللي تربطنا نقول متعلقة بيا بزاف ولات ترقد عليا قاع واش ندير حتى كيفاش نطبق لحوايج بصح ربي هو اللي مدهالنا c’est un cadeau لازم نفرحو بيه.

الباحث: تقدري تقوليلي واش يعنيلك تكوني أم لبنت حاملة للزرع القوقعي؟

أم ريحاب: sa fait plaisir على خاطر حسيتها sa fait قريب عامين بالتقريب يعني بالضبط عام وتسعة أشهر Mais والله غير دارت بزاف حوايج بزاف ونحسها ولات تحب تهدر (تبتسم) وزيد ولات تعس علاختها، عليا أنا وحتى التليفزيون ولات تحب تشوفها،j'ai remarqué بلي اللغة نتاعها طورت نقدر نقولك بلي صح بدات تولي Normal وليت ما نحسش la défférence ما بينها هي والبنات الأخرين حتى ولات تخرج تشري، تقرا، عندها صحاباتها تلعب معاهم ماكالاه نعسها كي عندي ضيق باش تمسش واش يكون فوق الطابلة نقوللها attention ne touche pas ياك بنتي تفهم c'est bon هذي هي الحاجة اللي كانت تخصني مع بنتي honettement والله غير l'implant دخل البهجة لداري.

الباحث: واش تبدل في حياتكم؟

أم ريحاب: كل شيء تبدل، une fille ماشي كيما un Garçon على خاطر ما كانتش دايرة في بالي تزيد هذا نعسها طول النهار يعني كنت دايرتها شغلي ولات ظرك يعني من 5 سنوات بالضب دير حوايج تع ذراري تع عمرها وصح ولات كاملة بـــ l'implant شفت فيه الحل لبتي .... إن شا الله برك تكون bien وتولي كيما لبنات خرين وخير عندها les capacités ما علاباليش إذا لاحظت هذا الشيء mais أن يماها راني عايشة معاها، تقدر تروح بعيد إنشاء الله وتكبر وتولي إمرأة لاباس عليها... (تبتس).

1-3-2/ تحليل محتوى المقابلة مع أم ريحاب:

المحور الأول: يخص ظروف الحمل والولادة

ظهر على أم ريحاب عند دخولها التحفظ إذ إستئذنت قبل الجلوس، أما الصورة الخارجية يبدو من خلالها الإهتمام فيما يخص التناسق في اللباس من حيث الشكل واللون، و نسجل نفس الاهتمام فيما يخص ابنتها عند المقابلة.

بمجرد ما سمعت السؤال بدأت مباشرة في سرد ظروف الحمل والولادة ،حول كل من الحالة الصحية التي كانت جيدة، وفترة الحمل التي إمتدت على مدار 9 أشهر، بالإضافة إلى إعتبار الحمل مرغوبا فيه (شحال كنت حباتو)، وعليه الولادة كانت عادية و طبيعية ،حتى أنها لم تلاحظ أن ابنتها تعاني من أي

مشكل ، في حين نلاحظ أن الفراغ الذي تكلمت عليه يعود الى انجاب طفل الذي يمثل بديلا عن قضيب الأم الذي ينقصها في قولها (...شغل عمر un vide في حياتي...) حسب **S.Lebovici (1985)** .

ما يمكن إستنتاجه هو أن الحمل مرغوبا فيه، الحالة الصحية للأم تميزت ببعض الصعوبات لكن دون خطر على الحمل ولا على حياتها، تمت الولادة في سن 19 سنة في فترة حمل مقدرة بـــ 9 أشهر، وفيما يخص ظروف الولادة وكذا طبيعتها نقول أنها كانت عادية وطبيعية.

المحور الثاني: يخص تصورات الأم حول بنتها وردة الفعل حول إصابة حاسة السمع لديها

كانت تصورات أم ريحاب فيما يخص ابنتها متمحورة حول صورة خيالية كاملة خصتها بطباع فيزيولوجية، هذا ما يؤكد قول **H. Deutsch(2008):** "الأم تكون مهووسة بهذا الطفل إذ تشكل له طباع فيزيولوجية منذ البداية"، مقارنة بما ورد في قول الأم (شابة، مليحة ، قارية...) في حين نلاحظ في إجابة أم رحاب إرجاع أمر الأطفال إلى قدرة الله (الذرية ربي هو اللي يمدها) وكأنها تصرح بأن النقص ليس فيها وإنما يعود إلى القدر الذي رضيت به، مشيرة إلى أهمية الطفل بالنسبة لها ومكانته، فهي تتلفظ حرفيا رغبتها الهوامية في الحصول على "قضيب وطفل في نفس الوقت" في قولها (كلمة تحب تسمعها من عند رجلها يمات ولادي... تسمع وليدك ولا بنتك تقولك ماما) حتى تعزز هنا مكانتها و كذا مكانة الطفل من خلال المبادلات الجارية معه.

وفيما يخص إستجابتها وردة الفعل التي تمثلت في موقف صدمة أحادية فجائية (بمعنى عملية الإنجاب الأولى من نوعها في حياتها من جهة ، وولادة طفل معاق سمعيا أي إخفاقها من جهة أخرى في إنجاب طفل عادي) لكن هذا لم يمنعها من التفطن إلى النقص الذي يخيم على العلاقة أم–الطفل في ثلاثة أشهر إلى غاية التأكد من التشخيص الطبي في 18 شهر، ما يفسح المجال إلى النرجسية التي تظهر في عدم الإعتراف بالنقص من طرف الأب خاصة كونه طرف في الصورة الخيالية التي يحملها الوالدين عن طفلهما، كون الحصول على الطفل يعود إلى قوة عليا وهي الله.

نستخلص إذن أن العلاقة أم–طفل تميزت في علاقة الأم بالصورة الخيالية الكاملة، ومن ثم التفطن إلى النقص الواضح الذي ظهر في المبادلات أم–طفل منذ 3 أشهر، إلا أن التأكيد على التشخيص الطبي تأخر إلى غاية 18 شهر حتى تتصل بواقع التشخيص الطبي، ومن ثم بناء قواعد وأسس سوف نتطرق إليها في المحور التالي أي علاقة مع طفل واقعي مصاب بالصمم.

المحور الثالث: يخص العلاقة بين الأم وابنتها سابقا وحاليا

إثر إلقاء السؤال إتصلت أم رحاب مباشرة بواقع العلاقة التي تربطها ما يؤكد أنها تجاوزت الصدمة وكذا الحداد على الطفل الخيالي الهوامي المنتظر، بمعنى بنت علاقة على أسس بنت غير عادية (كنت لاتية بيها) ، اي إدراك الحدود الداخل نفسية وذلك بالرجوع الى طبيعة العلاقة والرعاية الواجب إتاحتها لإبنتها (لازم نتبعها على خاطر كي نهدر معاها ما تسمعنيش) وحتى في إدراك نظرة الآخرين إليها ونظرتها لنفسها لم تكن متطابقة (على خاطر الناس خليهم يقولو واش يحبو ... كي تمرضلي ما تقدرش تحكيلي على les douleursانتاعها) ،وهنا يظهر الوصف الواضح بالنسبة للعالم الداخلي في إستقبال ما هو خارجي من مشاعر وإحساسات مرسلة من طرف إبنتها بمفهوم **D.W.Winicott** **(1969)** دليل الواقع المتبادل مع الام في علاقتها مع طفلها (l'indice de Réalité) ،حتى تتضح معالم العلاقة أم–طفل التي تتجلى في حماية زائدة ورضاعة طبيعية لمدة 24 شهر، وحققت إستقلاليتها في الأكل والنوم فيما بعد على مراحل إلى غاية 5 سنوات.

نستنتج من ما سبق أن ام ريحاب أتاحت وظيفة تمثلت في إحتواء العلاقة أم–طفل عامة ما يؤكد عدم تسجيل عجز الغشاء النفسي لديها كأم لبنت حاملة لإعاقة سمعية، وعليه لم يتم الإنسحاب المبكر من العلاقة أم–طفل كونها وفرت الرعاية اللازمة ،حتى تحويها وبالتالي تتمكن إبنتها بدورها من إحتواء نفسها بنفسها في علاقتها الموضوعية الاولى.

المحور الرابع: يخص نظرة الأم إلى إبنتها بعد الإستفادة من الزرع القوقعي

ظهر على أم ريحاب في هذا المحور السرور والفرحة في إجابتها وحتى على ملامح الوجه كونها أم لبنت حاملة للزرع القوقعي بالبهجة في البيت ككل وليس بالنسبة لها كأم، هذا يضمن إستقرار وإستمرار الموضوع الداخلي بناء على التصورات والعواطف التي تحملها تجاهها أو ما يعرف بالغشاء العائلي عند **D. Anzieu (2000)** كما أنها تطرقت إلى وضعية الإحباط (وين كنا) لكن سرعان ما تحولت ريحاب إلى ما يسميه **R. Spitz (1965)** بالطفل الذي يكون بالنسبة للأم و سيلة لتفريغ الإشباعات النرجسية (وين ولينا) وهذا ما تجسد في تقريبا 3 سنوات بعد الإستفاد من جهاز الزرع القوقعي.

نستنتج من ما سبق المواقف الماسوشية في رغبة الأم من خلال رعاية الطفل وتربيته دون دفاع نرجسي يهدد حب الزوج بعد ميلاد طفل معاق سمعيا ، ما يسمح بفتح مجال لإستثمار صورة الطفل

الواقعي لدى أم–رحاب، وبالتالي ما يؤكد تجاوزها للإحباط وبالتالي تعلقها بالطفل الخيالي ما جعلها تحافظ على الإستمرار والإستقرار في المبادلات الجارية مع إبنتها، أين لم نسجل عجز في الغشاء النفسي لديها كأم لبنت حاملة للزرع القوقعي.

1-3-3/ ملخص عام عن محتوى القابلة مع أم ريحاب:

بعد القيام بعرض وتحليل محتوى المقابلة مع أم رحاب يتجلى لنا أن الحمل كان في مقتبل العمر أي 19 سنة وفيما يخص ظروف الحمل و الولادة كانت عادية وطبيعية، أما فيما يخص تشخيص الصمم جاء في 18 شهر بعد الولادة، إلا أن الرعاية الأمومية التي وقفت على الإهتمام برحاب تفطنت في 3 أشهر إلى النقص الذي إتسمت به هذه العلاقة، لكن عموما العلاقة أم–بنت كانت جيدة في حين تميزت بحماية زائدة، وأتاحت رضاعة طبيعية لإبنتها لمدة24 شهرا حتى أن إدراك أم ريحاب للعالم الخارجي سمح لابنتها بتحقيق الإسقلالية على غرار الحالة الأولى أيمن الذي بقي حبيس غشاء الأم ولم يحقق الإنفصال والفردانية.

ورد فيما يخص دلالة مكانة ووضعية أم لبنت حاملة الزرع القوقعي في شكل موقف ناضج من طرف الأم، وإمتد ذلك إلى غاية التطلعات المستقبلية في رؤية أم ريحاب إبنتها (إمرأة، شابة، قارية).

1-3-4/ تحليل إختبار رسم الرجل للحالة الثالثة ريحاب:

أولا: تاريخ الحالة

تبلغ ريحاب 7 سنوات و ستة أشهر،ولدت في تسعة أشهر من والدين يتمتعان بسلامة حاسة السمع لديهما، سجل 10/9 بعد الدقيقة الأولى و 10/10 بعد الدقيقة الخامسة فيما يخص **علامة ابكار**، إستفادة من رضاعة طبيعية لمدة 24 شهرا كما نلاحظ تحقيق الإستقلالية في النوم و كذا ضبط عمليات الإخراج . تم تشخيص صمم خلقي عميق لديها بعد 18 شهرا من ميلادها ولم يتم إدماجها في أقسام التنطيق بمدرسة صغار الصم، بالإضافة إلى أنها لم تحمل معينات سمعية قبل الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي. تمت عملية الزرع دون تعقيدات و لا مشاكل، ريحاب حاملة لجهاز الزرع القوقعي من نوع MXM منذ 30شهرا على مستوى الأذن اليمنى، حاليا متمدرسة في السنة الأولى إبتدائي.

ثانيا: الملاحظات المسجلة حول الرسم

تقبلت ريحاب أن ترسم دون صعوبة او مقاومة بعد أن وجهنا لها التعليمة الأولى أين رسمت طفل، ثم طلبنا منها أن ترسم شخصا من الجنس الآخر، تم الرسم الأول في33" والرسم الثاني في 35".

- تمثل الرسم الأول في رسم رجل ذات دلالة مرتبطة بأبيها.
- تمثل الرسم الثاني في رسم إمراة ذات دلالة مرتبطة بها.
- مثلت الرأس في الأول، ثم الجذع و في الأخير الأطراف.

ثالثا: المظاهر العامة للرسم

تموقع الرسم في الجهة اليمنى للورقة أين يدل على تمثيل المستقبل والأبعاد الخيالية وكذا وجود قوة الرقابة الفكرية، اما التمركز في الجهة العليا يدل على الحاجة لتأكيد الذات . وفيما يخص الخطوط ظهرت في شكل خط أكيد ومباشر ذات زوايا تدل على النشاط، الحركة والتوتر (هذا ما كان يظهر في سلوكات ريحاب أثناء القيام بالإختبار)، جاء الرسم في وضعية إنسان صارم عديم التوازن، دلالة على عدوانية قوية تكون غالبا متخفية تحت هذه الوضعية في الرسم حسب **كارين ماكوفر**، جاءت وضعية الذراعين متخفية وهي وضعية متقدمة تساهم في التعبير عن الكف بينما الساقين ظهر تمثيلهما ضعيف و رديئ، أما فيما يخص موضع الرسم والتناظر نلاحظ أن محور الرأس غير متناسق مع محور الجذع وهاذين الآخرين مع محور الساقين والأطراف العليا ليست ملتصقة بنفس العلو أو بنفس الهيئة ما يدل على عدم التناظر وإختلاف توازن الجسم.

نلاحظ حول المظاهر التحليلية للرسم عرض الصدر والجسم الذي يترجم في تعظيم الجسد وكبر حجم الرأس يدل بدوره عن عدم نضج الأنا وإفراط في النرجسية و يمكن ارجاع هذا الاخير الى التمركز وتوجيه الاهتمام حول هذا الجزء من الجسم حسب ما ورد عن **B. Virole(2008)** كما نرى عينان كبيرتان في شكل متطور و ناضج كدليل عن التفتح على العالم الخارجي لكن كتعويض وذلك راجع إلى التبعية للقناة البصرية لدى الصم والفم المقعر والمستدير إشارة إلى السلوك الطفلي والتبعية السلبية من طرفها أما الأنف جاء مشوه وعدم ناضج مرتبط بالمشاكل الجنسية وما يرافقها من توترات كما يظهر عدم تناظر في الشكل والحجم فيما يخص كل من الأذن اليمنى واليسرى عند رسمها الاول والشعر يستعمل كستار نرجسي في رسم ريحاب موضح ذات ابعاد اسقاطية لتصفيفة شعرها في الرسم الثاني، الذراعان في مظهر طويل وضعيف يدل على إستحالة تحقيق الطموحات نظرا لغموضها أو لعدم معرفة طبيعتها، واليدان غاثبتان تدل على عدم القدرة على بناء علاقات مع الغير تحديدا مع الأب الذي رفض إصابة إبنته بالصمم منذ إتصاله بهذا الواقع أي في 3 أشهر. غياب اللباس يعبر عن عدم الإمتثال بالواقع وبالتالي الإتصال بالغشاء الجماعي الذي يضمن إستقرار وتماسك الفرد بناء على الوحدة l'union الطبيعية، الثقافية وحتى الدينية.في حين نسجل مجموعة من الازرار في الرسم الاول التي توحي

الى التبعية و الخضوع للسلطة اما الرسم الثاني وردت فيه العديد من التقطعات des hachures كتعبير عن إتلاف لتلك الأجزاء حسب **K. Machover (1947)** عدم هيكلة و إدراك وظائف الجزء المتلف و حسب **J. Royer (1977)** و **A. Abraham (1985)** عدم الرضى على ما يحويه ذلك الجزء من الجسم.

5-3-1/ ملخص عام عن إختبار رسم الرجل:

جاء الرسم في حركة نكوصية من اليسار إلى اليمين كما هو الحال عند كل من أمين وماريا اذن الحركة الخطية جاءت في حركة نكوصية تدل على الرغبة في العودة الى إلى مراحل الطفولة الأولى .

ورد الرسم مجرد من اللباس كما هو الحال عند الحالة الأولى إذ تميز رسم ريحاب بشكل كانت تقصد من خلاله معطف لكن التمثيل كان رديئا، في حين يظهر بشكل واضح إختلال التوازن و التناظر فيما يخص تمثيل حاسة السمع الممثلة عن الغشاء الصوتي لديها بعد تصليحها(الاذنين) ، كونها إمتثلت بالواقع فيما يخص هذا التفصيل إذ أنقصت من حجم الأذن اليمنى والتي تحمل جهاز الزرع القوقعي منذ 30 شهر بالرغم من رسمها لأبيها إلا أننا نلاحظ غموض في إدراك رحاب لصورتها النرجسية كونها تقمصت شخصية الأب في رسمها الاول لكن الطموح مرتبط بإمرأة وهي الأخصائية الأرطوفونية وعليه حدث خلط une confusion في ضمان الإستمرارية والإستقرار في رسمها عوض استمرار التحويلات ما بين الداخل و الخارج قصد ضمان سياقات التماهي مع نفس طبيعة الجنس بمعنى صورة الاخصائية الارطوفونية تطابق صورة رسمها الثاني اي صورتها هي. كما نلاحظ أيضا عدم إكتمال فردانية الذات و الانفصال حسب **D. Anzieu (2000)** في توضيح إحساس ريحاب بالهوية الأنثوية في رسمها كون رسها ظهر رديئ من حيث التفاصيل و التمثيل عموما.

جاء رسم رحاب مجرد من المجال المكاني يعني الفضاء و/ أو البيئة يعني غياب الحدود التي تضمن هوية الفرد وتسمح بالمبادلات مع المواضيع التي تكون أقل تهديدا على النرجسية والتبعية للموضوع الأول وبالتالي مغذية حتى تساعد على ظهور دينامية علائقية موجهة نحو الموضوع كنتيجة عن إضطراب التوازن في الرسم حسب **كارين ماكوفر**، نقصد خاصة الحاسة السمعية لديها في تمثيل الأذن اليمنى والأذن اليسرى التي تبعث الى عند نزعها الجهاز (الجزء الخارجي لا تسمع) بالإضافة إلى إضطراب الحدود نجد السطحية في طبيعة الإستدخال وبالتالي نوعية التماهي حسب الجنس (الأب، الأم) حتى تدرك مدى نضجها من المشكلة الأوديبية حسب **كارين ماكوفر** أو بمفهوم آخر التحويلات التي يضمنها الغشاء النفسي في إستثمار المواضيع بين ما هو داخلي وما هو خارجي ، و ما تم تسجيله

ايضا غياب تمثيل جهاز الزرع القوقعي في رسمها كم هو الحال بالنسبة لكل من الحالة الاولى و الثانية.

1-3-6/ تقييم الحالة الثالثة ريحاب:

من خلال تحليل المقابلة العيادية مع أم رحاب وكذا إختبار رسم الرجل وبناء على النتائج المتحصل اليها، يمكن القول أن الزرع القوقعي فتح مجال وقناة للإتصال قصد فك الصمت والعزلة لدى رحاب، في حين نلاحظ وبشكل واضح التبعية السلبية التي تعني بدورها العودة إلى توظيف نفسي بدائي يعني لا تسمع عند نزعها الجهاز (الجزء الخارجي) اي العودة الى الحالة الاصلية (الصمم) وتسمع عند حملها هذا الأخير من جهة، وكذا غياب وظائف التصفية والتمييز وبالتالي التحويلات بصورة مستمرة ومستقرة من طرف الغشاء النفسي لديها حتى يتوحد المخطط الجسدي مع الصورة الجسدية لديها دون ظهور تشوهات مع غياب التناظر حسب**B.Virole(2008)** من خلال اختبار رسم الرجل.

1-4/ الحالة الرابعة جميل:

1-4-1/ عرض محتوى المقابلة مع أم جميل:

الباحث: أحكيلي كيفاش كان الحمل نتاعك؟

أم جميل : إيه Nomal, Normal كان Normal ما كانش مشكل الحمد لله علابالك حبيت نكون أم Mais كانت عندي Infection شفت عليها الطبيب، قاللي خذي دوا ومن بعد الحمد لله، كنت تعبانة شويا Mais شديت sa va كان عندي courrage نشفا كان في عمري 31 سنة الله يبارك كان جميل هو الحمل الثاني بعد خوه الكبير.

الباحث: والولادة نتاع وليدك؟

أم جميل: كانت normal ، ما فيهاش مشاكل الحمد لله، جازت بدون صعوبة Sa va كل شي فيها كان Normal لا opération ولا حتى حاجة عادي، سمعتو كي عيط غيرما زاد هكذا عرفت بلي لا باس عليه هذا هو (تبتسم).

الباحث: تقدري تقوليلي كيفاش كنت تتصوري وليدك كي نت حاملة بيه؟

أم جميل: كنت نتصور فيه Normal طفل Normal ما جاتنيش كامل هذيك كيما نقولو ...4" كيما حنا نقولو الإعاقات والصم والبكم أنا نخاف هذو...11" ما جانتنيش كامل في بالي même كي كان يتربى ما نعرف مادرتهاش في بالي، الإعاقات وذيك و ذيك ما شي في بالي كنت دايرة في بالي عادي بالزيادة كي خوه الأول Normal ما عندو حتى حاجة هذه هي.

الباحث: واش حسيتي كي عرفتي بلي وليدك عندو صمم خلقي؟

أم جميل: .....13" ما نقدرش نعبرلك ... 7" ما جاتش في راسي ملقتلهاش بلاصة بشوية بديت نسقسي باش نفهم هاذ المشكل على خاطر في la famille ماكانش Apart والله ما نكذب عليك بنت خالتي أنايا عندها طفلة ما تسمعش Mais ماشي كيما وسيم هي شغل مرضت باش ولات ما تسمعش، و هو كي كان يتربى كان بلبول الله إبارك لاباس عليه راك تعرف les bébés كي يكونو صغار...7" نحكيلك هذي واحد الخطرة قدامي عطتلو ختي جميل ، جميل mais ما سنعلهاش، قلت بالاك ما حبش يهدر برك من هذاك الوقت يعيني في 6 أشهر بديت نلاحظ فيه شوية حتى لعام ديتو لطبيب واحد الطبيب في البويرة كي شافو بعثني لبلكور في Alger ، هاذ الطبيب هو اللي بعثني

لسبيطار مصطفى باشا باش يتاكدو ويقولولي بلي صح وليدك عندو صمم، راه مريض ناقصة فيه حاجة sa fait ما يسمعش.

الباحث: كيفاش هي العلاقة نتاعك مع وليدك؟

أم جميل: كيفاش؟ يعني العلاقة نتاعي مع وليدي ؟ (تبتسم)

الباحث: **oui**

أم جميل: علاقة تع أم مع وليدها، مكاش أم ما تحبش ولادها، مديتلو لحنانة، تهليت فيه، نخاف عليه، كنت معاه Normal نعطيلو كلش، الحاجة اللي نقدر عليها نمدهالو نديرها لو، وكي عرفت بلي ماراهش يسمع زدت وليت غير لاتية بيه، درت كامل واش نقدر بالاك زدت كثر ملي كنت عليه، بزيادة كي واحد الخطرة مرضلي ديتو لعند الطبيب وقالي بلي عندو l'anémie فقر الدم راك تعرف ماشي حاجة ساهلة مسكين هذاك واش كان خاصو mais الحمد لله درت الواجب معاه ما ننكرش حتى باباه ، نرفدو نديرو في حجري نرضعو زعما نخزر فيه برك كملت معاه بهذي الطريقة حتى لـــ 18 شهر ومن بعد كملتلو بـــ Bibron حتى 3 سنوات، Malgré في عامين ولا يأكل وحدو والشطارة ياحصرا ياكل وحدو يلبس وحدو عادي ما تقدرش تتصور بلعقل حتى ولا يرقد وحدو مع خوه برك في ربعة سنين هكذا قلت باش يرفد عليه شوية هذي هي.

الباحث: واش اللي يميز العلاقة نتاعك مع وليدك؟

أم جميل :نحبو بزاف، بزاف حاجة ربي سبحانو هذي هي .

الباحث: تقدري تقوليلي واش يعنيلك أنك تكوني أم لطفل حامل للزرع القوقعي؟

أم جميل: الحمد لله، طولت شوية باش جات Mais والله غير تحسو بلي تبدل، يعني الحاجة اللي كانت خاصة وضرك زاد فيا النص، وليت نقدر نهدر معاه ماشي غير نشوف فيه كيما كان صغير هكذا كاين هدرة بيناتنا يدر يهدر يحكيلي ونحكيلو، صح زاد فيا النص شغل الحاجة اللي خصتنا كامل ما شي غير هو برك... بزيادة كي أنا يماه، الأم حنينة بزاف تحب غير الخير لأولادها sa fait ربع سنين وأنا في رحمة ربي.

الباحث: واش اللي تبدل في حياتكم؟

أم جميل: كلش تبدل، ماشي كيف كيف كي تسمع برك وليدك يقولك ما ما يزيد فيك النص يعني تحس بلي كانت حاجة خاصة ماشي غير فيه هو حتى أنا خاصتني حاجة mais ضرك الحمد لله و الله غير الحمد لله.

1-4-2/ تحليل محتوى المقابلة مع أم جميل:

المحور الأول: يخص ظروف الحمل والولادة

ظهر على أم جميل عند الدخول نوع من التحفظ وقلة الكلام أما الصورة الخارجية يبدو من خلالها الإهتمام بالمظهر تم إستنتاجه من خلال التناسق في اللباس من حيث الشكل واللون كما انها اظهرت اهتماما مماثلا لابنها من حيث الملبس الهيئة و النظافة.

كان الحمل والولادة عادية بالنسبة للأم حتى أنها تؤكد ذلك بإستنادها للدور الأمومي الذي ينتظر كل إمرأة حتى تعبر عن رغبتها في الحمل (رغبتها في إمتلاك بديل للقضيب المفقود في لا شعورها) كما عبرت عن الوضعية الماسوشية للحمل و الولادة وكذا عملية تربية الأبناء هذا من جهة ومن جهة أخرى كانت تبلغ من العمر 31 سنة وأكدت على سماعها له عند ميلاده أي صرخة الميلاد، وكان وسيم في المرتبة الثانية بعد أخيه الذي يتمتع بصحة جيدة أي يسمع.

نستنتج من ما سبق أن عملية الحمل كانت مرغوبة فيها، والحالة الصحية كانت جيدة بالرغم من تسجيل une infection إلا أنه لم يؤثر لا على الحالة الصحية للأم ولا على الطفل، بالإضافة إلى أن الحمل تم في تسعة أشهر، أما فيما يخص ظروف الولادة كانت عادية وطبيعية في مجملها، كما نلاحظ التحفظ والكف في الإنتاج أثناء الخطاب إذ وردت كلمةNormal ستة مرات في هذا المحور.

المحور الثاني: يخص تصورات الأم حول ابنها وردة الفعل حول إصابة حاسة السمع لديها

إتسم هذا المحور بالعديد من فترات الكمون لدى أم جميل ومن ثم لجأت إلى الواقع حتى تبرر القوى والصراع الداخلي لديها الناتج بين صعوبة تخيل وتقبل ما هو عليه في الواقع مع غياب الوضوح والدقة في إدراك الواقع وبالتالي في إدراك الحدود.

نلاحظ أيضا ما وصفه عبد العزيز السرطاوي بــ الإنكار والتشكيك الذي يتمثل في رفض الوالدين لإعاقة طفلهما ويمتد إلى التشخيص الطبي نتيجة عدم الثقة في التشخيص ما يجعلها تستند على موقف

نرجسي يتمثل في العودة إلى الله (الحمد لله في كل مرة) أثناء خطابها لتصحيح تفجر مشاعر الإحساس بالذنب أي إبنها ناقص غير كامل ولم تنجح في إنجاب طفل عادي، وسعيا منها لملأ الثغرات النرجسية المتمثلة في الإصابة الحسية لطفلها خصته بصفات نرجسية تخص المظاهر العامة لطفلها (كان بلبول الله إبارك لا باس عليه راك تعرف les bébés) يعني نتأكد بما قالته **C. Benony (2003)** عن حالات الإعاقة وما ينتج عنها بالنسبة للأم و للوالدين فللمواجهة ضد الإكتئاب يطورون دفاعات الإنكار denégation إذن رفض إنطواء الطفل والعزلة عن العلاقات العائلية من خلال فقدانه للتواصل بمعنى حاسة السمع.

نستنتج أن أم جميل تميزت بالكف والكمون لفترات في خطابها لكنها تميزت بتصورات عادية حول طفلها لأنها كانت ترغب في إنجاب طفل وحسب **H. Deutsch (2008)** : "الأم يتكون لديها تصورات حول الطفل هل هو طبيعي؟" إلا أنها لم تتوقع أن يولد طفلها مصابا بالصمم خاصة بعد نجاحها في إنجاب طفل عادي في الأول إلى غاية مواجهة واقع التشخيص الطبي في سنة من عمر إبنها الذي يؤكد إصابته بالصمم الخلقي.

المحور الثالث: يخص العلاقة بين الأم وابنها سابقا وحاليا

إسترسلت الكلام أم جميل في هذا المحور بطلب يستند عليه خطابها بالرغم من أنها أدركت وفهمت السؤال إلا أنها طلبت تدخل الباحث حتى تتأكد من المجال المكاني الذي يتيح لها إمكانية الإنتاج لديها في ظل الصراع الداخلي الذي يخيم على خطابها، نلمس توازن نسبي فيما يخص إدراك الهوية التي تتمثل في الرعاية الأمومية كما أنها إتسمت بحماية زائدة التي ترجع إلى تفجر أحاسيس الأم بحاجة طفلها إليها ورعايتها له حسب **Mittler** في قولها (نعطيلو كلش) ما جعلها لا تنسحب من العلاقة أم-طفل حتى توفر له رضاعة طبيعية إلى غاية 18 شهرا وباشرتها فيما بعد برضاعة إصطناعية إلى غاية 3 سنوات وكأنها تصرح بالنقص الذي يعاني منه إبنها وهي كطرف يعني أم لم تنجح في إنجاب طفل عادي يعود إلى قوى عليا (الله) وتدعيما لهذه الثغرات النرجسية حاولت ملئها بمكونات نرجسية إستنادا على الصفات والخصائص التي يتسم بها إبنها (بلبول شباب).

نفهم إذن أن علاقة أم جميل بابنها إتسمت بحماية زائدة كما أنها أتاحت له رضاعة مزدوجة طبعية إلى غاية 18 شهر وإصطناعية إلى غاية 3 سنوات وبالإضافة إلى تحقيقه الإستقلالية في الأكل مثلا عند سن الثانية والنوم عند سن الرابعة.

المحور الرابع: يخص نظرة الأم إلى إبنها بعد الإستفادة من الزرع القوقعي

باشرت أم جميل الكلام دون تسجيل فترات كمون في هذا المحور وكأنها تؤكد على إكتمال طفلها بعد الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي، على حد تعبيرها (زادت فيا النص) وهذا بالرجوع إلى ما ورد عن **H. Deutsch (2008) :** "الطفل محاط بحب نرجسي فكل ما يصيب الطفل يصيب الأم في نرجسيتها إذ هو إمتداد نرجسي لها".

وعليه ما يمكن إستنتاجه هو أن أم جميل تمكنت من بناء علاقة مع إبنها رغم إصابته بالصمم ولم تنسحب مبكرا من العلاقة أم–طفل كما سبق وأن تطرقنا إليها في المحور السابق ما جعلها إذن تسعى إلى تحسين حالة طفلها بالنظر إليه كموضوع يحقق إشباع نرجسي للأمومة (كي تسمع برك وليدك يقولك ماما يزيد فيك النص) وهذا بعد الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي في سن الخامسة.

1-4-3/ ملخص عام عن المقابلة مع أم جميل:

ما يمكن قوله حول هذه المقابلة هو أن الحمل كان مرغوبا فيه، بالإضافة إلى الحالة الصحية التي كانت مستقرة في 31 سنة، و عملية الولادة تمت في صورة عادية وطبيعية في مجمل مراحلها، لكن ما يلفت الإنتباه هو التحفظ والكف الذي تجلى في المحور الثاني تعبيرا عن الكف واللجوء أو الهروب إلى الواقع نظرا لسطحية تصورات أم جميل في فترة الحمل حول إبنها، وفي حين نلاحظ علاقة أم–طفل قائمة أتاحت رضاعة طبيعية إلى غاية 18 شهرا ومن ثم عوضت برضاعة إصطناعية إلى غاية 3 سنوات، كما نلاحظ إستقلالية (و) في الأكل عند السنة الثانية من عمره وكذا هو الحال بالنسبة للنوم في سن الرابعة رغم إتصالها بواقع التشخيص الطبي في السنة الأولى من حياة طفلها، أما إستفادة إبنها لأذن إصطناعية تمثلت في جهاز الزرع القوقعي منذ أربع سنوات يمكن إدراجها في مكونات نرجسية حققت ملأ الثغرات النرجسية التي تخص طفل غير عادي أي مصاب بالصمم الخلقي بالنسبة للأولياء .

1-4-4/ تحليل إختبار رسم الرجل للحالة الرابعة جميل:

أولا: تاريخ الحالة

يبلغ جميل 9 سنوات ، ولد في تسعة أشهر من والدين يتمتعان بسلامة حاسة السمع لديهما، سجل 10/9 بعد الدقيقة الأولى و 10/10 بعد الدقيقة الخامسة فيما يخص **علامة أبكار**،إستفاد من رضاعة طبيعية إلى غاية 18 شهر و من ثم تكملة برضاعة إصطناعية الى غاية 3سنوات، نلاحظ تحقيق الإستقلالية في النوم و ضبط عمليات الإخراج بشكل تام بعد 4سنوات من ميلاده. تم تشخيص صمم

خلقي عميق لديه بعد سنة من ميلاده، و لم يتم إدماجه في أقسام التنطيق على مستوى مدرسة صغار الصم، بالإضافة إلى أنه لم يحمل معينات سمعية قبل الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي. تمت عملية الزرع دون تعقيدات ولا صعوبات. حاليا جميل حامل لجهاز الزرع القوقعي من نوع MXM منذ 4 سنوات على مستوى الأذن اليمنى كما أنه متمدرس في السنة الثالثة إبتدائي حاليا.

ثانيا: ملاحظات حول الرسم:

تقبل جميل أن يرسم دون صعوبة أو مقاومة بعد أن وجهنا له التعليمة الأولى أين رسم طفلة، ثم طلبنا منه أن يرسم شخصا من الجنس الآخر، تم الرسم الأول في 27" بينما الرسم الثاني في 35"

- الرسم الأول تمثل في رسم طفلة ذات دلالة مرتبطة بأخته التي تصغره وهي أيضا مصابة بالصمم الخلقي.

- الرسم الثاني تمثل في رسم طفل ذات دلالة مرتبطة به هو شخصيا.

- مثل الرأس في الأول ثم الجذع و بعد ذلك الأطراف العليا حتى تلتها الأطراف السفلى.

ثالثا :المظاهر العامة للرسم

جاء رسم جميل في حركة خطية إمتدت من اليسار إلى اليمين تدل على النكوص تعبيرا عن التعلق بالأم و الرغبة في العودة الى ماحل مبكرة من الطفولة حسب **كارين ماكوفر**، تموقع رسم جميل في الجهة الوسطى العلوية للورقة دلالة عن الحياة الخيالية والهروب من الواقع، جاء الخط الذي رسم به وسيم قاتما يعبر عن الشهوانية والإندفاعية و يدل ايضا عن عدم الرضى والعدوانية، كما أنه رسم خطوطا نازلة تدل على التشاؤم والخوف. أخذ الرسم وضعية عمودية في الورقة دلالة عن الرغبة في البحث عن امتلاك الفضاء، و جاءت وضعية الرسم والحركات كالتالي:

نلاحظ وضعية الذراعين في وضعية أفقية منحنية تدل على الضغط نحو العالم الخارجي وكذا الكف، أما وضعية الساقين منفصلتين عن باقي الجسد، لأن التمثيل كان ضعيفا وهذا راجع إلى النرجسية الجسدية التي تظهر إهتماما بالجسد والأطراف العليا. جاء الرسم عموديا وغير متناظرا من خلال ملامح الوجه والجهة العليا للجسد غير متموقعة على نفس الخط والأطراف العليا ليست ملتصقة بنفس الهيئة.

وفيما يخص الرأس جاء كبيرا دلالة على عدم "تضج الأنا" وهذا راجع إلى النرجسية الجسدية كما سبق وأن ذكرنا تأكيدا لذلك يظهر الفم مفتوح مقعر ومستدير، إشارة إلى السلوك الطفيلي والتبعية السلبية للأم، لأنه يعتبر منطقة غلمية (zone érotique) ذات وظيفة مغذية، كما يمكن ارجاع تضخيم هذا الجزء من الجسم اي الراس الى مركز الاهتمام لدى كل الافراد القائمين برعايته نذكر منهم الأولياء و الاخصائية الارطوفونية حسب ما أشار إليه **B. Virole (1993)** ايضا في ملاحظاته للأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي، أما فيما يخص الفم المفتوح والاسنان التي تظهر توضح النكوص إلى الصورة الأمومية المغذية وما يترتب عنها من وظائف حسب **كارين ماكوفر**، والأنف ظهر غليظ مع تعزيز في الخط للجهة اليمنى ما يدل على مشاكل مرتبطة بالحياة الجنسية كما أنه جاء في شكل بارز يشير إلى العدوانية. والأذن ظهرت في الرسم الأول بينما في الرسم الثاني لم تظهر ، ما نلاحظه هو تعزيز وتكرار الخط على مستوى الأذن اليسرى بالرغم من حمله لجهاز الزرع القوقعي في الأذن اليمنى وكذا غياب التناظر في رسمه اثناء إنتقاله من الجزء الى العام. ظهر الشعر في شكل شائك ومشتت في الرسم الأول والثاني تعبيرا عن العدوانية وعدم التحكم في التدفق النزوي النابع من الداخل، وظهر الذراعان في صورة قصيرة وضيقة ، يعني ضعف الطموح و التصال، واليدين غير موجودة لكن تظهر في صورة رمزية توضح 4 أصابع وبالتالي تعكس محدودية القدرة على إستثمار علاقة موضوعية، وكذا الإنفتاح على المواضيع الخارجية حتى توفق التوازن عند الشعور بالذنب، لان التحويلات لم تتم بصورة مستمرة و مستقرة كما لم يظهر اللباس بشكل واضح في رسم جميل إلا أربع أزرار في الرسم الاول و في الرسم الثاني خمسة أزرار كدلالة على الخضوع للتبعية والسلطة (Soumission et dépendance) من طرفه.

أما فيما يخص الجذع الطويل والرقبة الطويلة يدلان على عدم التحكم في الحياة الغريزية لجميل ما يبعث به إلى توظيف نفسي بدائي (un mode de fonctionement archaique)من خلال ما يتجلى في المظاهر العامة في الرسم.

1-4-5/ ملخص عام عن إخبار رسم الرجل:

بعد القيام بتحليل الشكل المرسوم والتفسيرات المقدمة حوله يتبين أن جميل غابت عنده وظيفة التصفية والتمييز في تحديد نوعية التماهي حتى تحدد الهوية الجنسية عنده يدل رسم شخص أنثوي بالنسبة للولد الى التأنيث وكذا الثنائية الجنسية المبكرة، بالإضافة الى رسم بنت أقل من سنه توحي إلى النكوص و الرغبة في العودة الى مراحل عمرية مبكرة إذ و في ظل غياب وظائف الحماية والتصفية والتمييز

ظهرت إختلالات في عمل الغشاء النفسي من خلال التحويلات التي ظهرت في رسمه، اين لاحظنا تقطعات و فراغات في تمثيل العينان و الفم مثلا، كما نسجل ايضا غياب تمثيل جهاز الزرع القوقعي الذي يمثل اذن اصطناعية بمعنى دليل على تصليح حاسة السمع لديه، هذا ما سجلناه عند كل من الحالة الاولى و الثانية و الثالثة.

1-4-6/ تقييم الحالة الرابعة جميل:

بالرغم من عدم إنسحاب أم جميل من العلاقة أم-طفل بعد إتصالها بواقع التشخيص الطبي الذي أعلن إصابة إبنها بالصمم الخلقي وتوفير الرعاية اللازمة حتى أنها كانت حماية زائدة إلا أن ظهر في رسم جميل إختلال وإتلاف لمظهر الأذنين في الرسم الثاني بالرغم من إستفادته من جهاز الزرع القوقعي لمدة 4 سنوات نجد لديه تجاذب وجداني فيما يخص إدراك الواقع والهوام وكذا الصورة والتصور الخاص بجسده أي غياب الأذنين في الرسم الثاني يوحي إلى جسم متلق (لايسمع) ووجودهما في الرسم الأول يوحي إلى يسمع (جسم عادي) لكن التوظيف النفسي يدل على توظيف نفسي بدائي مع إختلال في تمثيل السن الحقيقية لديه 8 سنوات وليس 30 سنة في الرسم الثاني ان دل ذلك عن شيئ فهو يدل على اختلال ادراك الهوية و الذات في تمثيلها مع ما هو خارجي بمعنى الواقع حسب **A. Abraham(1985) و كارين ماكوفر (1947).**

5-1/ الحالة الخامسة رفيق:

1-5-1/ عرض محتوى المقابلة مع أم رفيق:

تبلغ أم رفيق 29 سنة وهي أم لطفل رفيق بيلغ من العمر 9 سنوات و شهر وبنت.

الباحث: أحكيلي كيفاش كان الحمل نتاعك؟

أم رفيق: Oui الحمل نتاعي كنت نتابع بدقة عند الطبيب كنت a jour كنت نحاذر على روحي الحمد لله كنت en bonne santé ورفيق كان الحمل الأول نتاعي كنت نعس le régime نتاعي باش ناكل Equilibré ما كانت حتى حاجة أثرت هكذا على الحمل نتاعي ca va كان في عمري 20 سنة شديت j'usqu'au bout حتى وإذا كان التعب بزاف في الحمل mais الحمد لله.

الباحث: والولادة نتاع وليدك؟

أم رفيق: كانت الزيادة نتاع وليدي عادية قعدت 48 ساعة في السبيطار باش زيدت نشفالها كي اليوم كنت خايفة في الأول mais كي قال لي الطبيب كل شيء راهNormal لتم ca va ، ريحت زل عليا التقلاق، نقدر نقولك بلي كانت a terme عادية كانت طبيعية بلا intervention والحاجة اللي فرحتني كي سمعتو يعيط يبكي مسكين غير مازاد لتم عرفت بلي لا بس عليه الحمد لله يا ربي.

الباحث: تقدري تقوليلي كيفاش كنتي تتصوري وليدك كي كنتي حاملة بيه؟

أم رفيق: (تبتسم) c'était magique والله des fois نقدر نشوف des images حتى قبل ما يزيد وقبل ما نعرف كامل بلي طفل، كنت متمنية يكون عندي طفل ما شي طفلة كنت نهدر مع روحي نقول يادرا لمن يشبه ليا ولا لباباه، نتخيل ونقول بالاك يكون Brun كيما باباه عندو les yeux نتاعي أنا على خاطر يقولولي souvent عينيك شابين كنت شايفاتو حاجة شغل هدية من عند ربي سبحانو لا باس عليه حاجة ما خصاتو الحاجة المليحة كي كنت enceinte بـــ رفيق كنت tout le temps de bonne humeur عمر عليا حياتي على خاطر عام مور اللي تزوجت زاد عندنا رفيق.

الباحث: si non واش حسيتي كي عرفتي بلي وليدك عندو صمم خلقي؟

أم رفيق: علا بالك jamais ما شكيت بلي ما يسمعش ما كنتش نقول بلي وليدي خاصة فيه حاجة quand même كي يكون طفل ما يسمعش تبان فيه حاجة هذه هي، نشفى كان في عمرو 8mois ديتو عند le pédiatre على جال الحمى كان يمرضلي بزاف mais في هذيك الضربة الطبيب شاف فيه حاجة mais ما حبش يقول لي قال لي برك روحي ديريلو PEA باش نتأكدو برك وإذا L'audition نتاعو لا باس بيها من ثم رحت لسبيطار دارولو les tests ولتم قال لي البروفسور

"جناوي" ما علاباليش وإذا تعرفو بلي عندو surdité conginitale علا بالك c'était un choc pour mois على خاطر ما كنتش نستنى فيها surtout ما عندنا حتى واحد في العائلة لا أنا ولا باباه هكذا ما يسمعش زعما تلفتلي mais حاجة ربي هات برك هكذا وما شي كثر.

الباحث: كيفاش هي العلاقة نتاعك مع وليدك؟

أم رفيق: نكذب عليك من قبل كانت normal صح ملي زاد عمر عليا الدار، كنت متهلية فيه فوق اللازم parfois راجلي كان يقول لي أسمحي فيه الشوية بالقسرة برك (تبسم) ورضعتو 10 أشهر برك aprés ما قدرتش ما عرفتش كيفاش نتعامل معاه في عام وليت نخليه يرقد وحدو على خاطر عييت...8" وبديت نرضعو بـــ Bibron وبشوية نوكلو مكل حاجة نطيبها حتى 3 سنوات mais ماعرفتش كيفاش نتعامل معاه على خاطر ما يسمعش ما يقدرش يسمعني مسكين كي نهدر معاه.

الباحث: واش اللي يميز العلاقة نتاعك مع وليدك؟

أم رفيق: tout simplement أم مع وليدها وفي الحالة نتاع وليدي صعيب mais لازم نتهلا فيه ونمدلو كامل واش يسحق علا خاطر ما يقدرش يهدر، علا بالك ساعات حتى نلقاه وسخ في حوايجو كلي ما يعرفش بلي لازم يروح لداك المضرب باش يوسخ.

الباحث: تقدري تقوليلي واش يعنيلك أنك تكوني أم لطفل حامل للزرع القوقعي؟

أم رفيق: ما علابليش الناس يخزرو فيه بواحد الطريقة بالاك كي جا هكذا طفل شغلun Robot كي تشوف هكذا علا بالك ce n'est pas facile كي يكون عندك طفل ما يسمعش même ضرك الحمد لله عندو 4 سنوات من لي دار l'mplant mais كاين حاجة ناقصة فيه تقعد دايما نتفكر بلي ماراهوش normal .

الباحث: واش اللي تبدل في حياتكم؟

أم رفيق: كل شيء تبدل من نهار اللي قال لنا الطبيب بلي ما يسمعش ما قدرتش ندير في بالي بلي يقدر يولي normal على خاطر كي نشوفو داير l'appareil نتاعو نتفكر بلي كاين حاجة ناقصة فيه على هذا الشي اللي ما نقدروش ننساو الله غالب.

1-5-2/ تحليل محتوى المقابلة مع أم رفيق:

المحور الأول: يخص ظروف الحمل والولادة

ظهر على أم رفيق كثرة الكلام والإندفاع، أما الصورة الخارجية لأم رفيق يبدو أنها تتميز بإهتمام كبير تم إستنتاجه بناء على التناسق في اللباس من حيث الشكل واللون، في حين نلاحظ إهمال تام لنظافة وهيئة إبنها.

بمجرد ما سمعت أم رفيق السؤال باشرت في سرد ظروف الحمل والولادة إذ وأنها تذكرت بالتفصيل تلك المرحلة، يمكن إعتبار أن أم رفيق إتسمت بإهتمام كبير لحملها (كنت نتابع بدقة عند الطبيب) وحالتها الصحية كانت جيدة نظرا لسنها أيضا (20سنة)، أما فيما يخص ظروف الولادة كانت عادية وطبيعية في 9 أشهر ما تأكدت منه هو أن طفلها عادي وسليم في سماعها له يصرخ ويبكي بعد ميلاده.

المحور الثاني: يخص تصورات الأم حول ابنها وردة الفعل حول إصابة حاسة السمع لديها

يظهر لنا من خطاب أم رفيق أنه بنت قواعد وأسس مع طفل عادي علاقة بالتصورات المرتبطة بالطفل الخيالي أين تظهر الصفات النرجسية لطفلها وتقول **H. Duetsch (2008)** : "الأم تكون مهووسة بهذا الطفل إذا تمثل له منذ الأول طباعا فيزيولوجية " حتى وأنها إستندت على موقف نرجسي لتعزز الصفات النرجسية التي ذكرتها عن إبنها، كما نلاحظ أن الفراغ الذي تكلمت عليه يعود إلى البحث عن بديل للقضيب الذي ينقصها في قولها (عام مورما تزوجت زاد عندنا رفيق) وكذا الرغبة في الحصول على طفل (عمر عليا حياتي).

وفيما يخص إستجابة أم رفيق وردة الفعل عند إنصالها بواقع التشخيص الطبي، تمثل في حالة من الإنكار والرفض (كي يكون طفل ما يسمعش تبان فيه حاجة quand meme) هذا يؤكد ما أشارت إليه **C. Benony (2003)** كون الأمراض الجسدية والإعاقة بصفة عامة يعتبر إعلانها حالة من الذهول النفسي بالنسبة للولدين وجرح نرجسي يترجموه بإجتياح شديد للشعور بالذنب.

نستخلص إذن أن أم رفيق بنت أسس وقواعد لعلاقة مع طفل عادي، إلى غاية إتصالها بواقع التشخيص الطبي في 8 أشهر بطريقة فجائية.

المحور الثالث: يخص العلاقة بين الأم وابنها سابقا وحاليا

باشرت أم رفيق خطابها في هذا المحور بطريقة مباشرة دون صعوبة و إنما كانت في شكل سلسلة من التدفقات النزوية التي تشكل شحنات ذات إتصال بالواقع طبعها إجتياح الشعور بالذنب، ما يؤكد بالتالي

إنسحاب كلي من العلاقة أم–طفل نظرا لكون التصريح بواقع التشخيص الطبي غير طبيعة العلاقة أم– طفل وبالتالي طبيعة المبادلات، نلاحظ أيضا إهمال في 10 أشهر أين توقت الرضاعة الطبيعية ومن ثم تركته ينام لوحده في سنة كما نلاحظ زمن كمون قبل التطرق إلى طبيعة العلاقة بعد الإتصال بواقع التشخيص.

نلاحظ أيضا تبسيط طبيعة العلاقة التي ربطتها بإبنها بالإضافة إلى غياب تحقيق إستقلالية رفيق في الأكل وضبط عمليات الإخراج.

نستنتج إذن أن علاقة أم رفيق بإبنها إتسمت بإنسحاب كلي نظرا لكون إبنها لم يعد يحقق إشباع نرجسي لها إذ تقول **H. Duetsch (2008)** :"بأن الطفل محاط بحب نرجسي لا حدود له، فكل ما يصيب الطفل يصيب الأم في نرجسيتها إذ هو إمتداد رجسي لها".

كما نسجل إنتقال أم رفيق من رضاعة طبيعية إلى رضاعة إصطناعية في 10 أشهر ، بالإضافة إلى تأخر فطام رفيق إلى 3سنوات وتحقيق الإستقلالية في ضبط عمليات الإخراج مثلا (ساعات حتى نلقاه وسخ في حوايج).

المحول الرابع: يخص نظرة الأم إلى إبنها بعد الإستفادة من الزرع القوقعي

إستعملت أم رفيق في هذا المحور عند إجابتها مجتمع مجهول لتفسير دلالة أم لطفل حامل للزرع القوقعي إذ ظهر في قولها (ماعلاباليش الناس يخزرو فيه بواحد الطريقة) أين ظهر التذكر المستمر بالنقائص بالرغم من إستفادة إبنها لجهاز الزرع القوقعي وعليه رؤية إبنها أصبح يشكل موقف أم في موضع لم يعد يحقق إمكانية بناء تواصل متبادل عادي وإنما أصبح تواصل مرضي مع الطفل الحقيقي (الواقعي) في علاقاتها اليومية حسب **D. Marcelli (2006)** وبالعودة إلى قولها (ماقدرتش ندير في بالي بلي يقدر يولي normal) نفهم أن صورة الطفل الواقعي لا تحمل أي إشباع نرجسي منتظر للأمومة فهو يعتبر بمثابة إحباط هذا يؤكد تماما ما ورد عن **B. Golse (1994)** : "في المرحلة الأولى الأم لم تستدخل الموضوع الأول الذي يكون حاوي بما فيه الكفاية وفي المرحلة الثانية إن لم تتمكن هذه الأم من توفير ثنائية في التماهي كسياق، بمعنى التماهي بإبنها والتماهي بالبنت التي كانت يوما". إذن يعكس ماورد في هذا المحور ثغرة في وظيفة الإحتواء وكذا الصاد للإثارة الذي يتمثل في الدور الأمومي وبالتالي ينتقل لاحقا إلى وظائف الصاد للإثارة لدى الإبن الذي يحتاج هو بدوره إلى مثل هذه الوظائف حتى ينمو ويتطور وعليه يحوي نفسه بنفسه.

3-5-1/ ملخص عام عن محتوى المقابلة مع أم رفيق:

من خلال تحليل كل محتويات المحاور مع أم رفيق يتجلى لنا أن أم رفيق وفقت في إثراء الموضوع بإجاباتها الصريحة على المحاور حتى لتسمح لنا بالحصول على دلالات تبين طبيعة الرعاية الأمومية التي وقفت على تكون الغشاء النفسي لدى إبنها.

نلاحظ إنسحاب أم رفيق من العلاقة أم–طفل مع إبنها في 10 أشهر وهذا بشكل كلي ونهائي أين إستبدلت الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الإصطناعية ومن ثم تركته ينام لوحده بعد إطلاعها على واقع التشخيص الطبي الذي يقول أن إبنها مصاب بالصمم الخلقي في8 أشهر.

كما نسجل أيضا عدم تحقيق ضبط عملية الإخراج لدى إبنها إلى غاية اليوم كونه لا يزال يتبول ويتغوط في ملابسه من حين لآخر.

أما على مستوى الإصابات الجسدية والعضوية نسجل **une rectocolite-hemoragiqe** عند إبنها وهذا لم يرد في المقابلة مع الام وإنما تم إستخلاصه من إختبار رسم الرجل لدى إبنها ومن بعدها طلبنا مقابلة الأولياء من جديد الذين بدورهم أكدوا إصابة إبنهم في سن 8 سنوات و10 أشهر أين ظهرت جملة من الأعراض من بينها (ساعات حتى نلقاه وسخ في حوايجو حسب ما ورد في المقابلة مع الام ... يمرضلي بزاف) بالإضافة إلى الآلام على مستوى البطن، نقص في الوزن، الإحساس بحريق عند طرح الفضلات....إلخ.

4-5/ تحليل إختبار رسم الرجل للحالة الخامسة رفيق:

أولا: تاريخ الحالة

يبلغ رفيق 9 سنوات و شهر ، ولد في تسعة أشهر من من والدين يتمتعان بسلامة حاسة السمع لديهما، سجل 10/9 بعد الدقيقة الأولى و 10/10 بعد الدقيقة الخامسة فيما يخص **علامة أبكار** ، إستفاد من رضاعة طبيعية إلى غاية 10 اشهر و من ثم تكملة برضاعة إصطناعية الى غاية 3سنوات، نلاحظ غياب تحقيق الإستقلالية في النوم و ضبط عمليات الإخراج بشكل تام ، تم تشخيص صمم خلقي عميق لديه بعد 8 اشهرمن ميلاده و لم يتم إدماجه في أقسام التنطيق على مستوى مدرسة صغار الصم، بالإضافة إلى أنه لم يحمل معينات سمعية قبل الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي. تمت عملية الزرع دون مشاكل ولا صعوبات، و حاليا رفيق حامل لجهاز الزرع القوقعي من نوع MXMمنذ 4 سنوات على مستوى الأذن اليمنى كما أنه متمدرس في السنة الثالثة إبتدائي حاليا. سجلنا عند رفيق على غرار الحالات الاربعة الاخرى اصابة عضوية في مرحلة الكمون تمثلت في une Rectocolite hémoragique

ثانيا: ملاحظات حول الرسم

لم يتقبل رفيق أن يرسم اذ سجلنا صعوبة و مقاومة في الأول لكن تدريجيا تقبل أن يرسم، بعد أن وجهنا له التعليمة الأولى أين رسم طفلة ، طلبنا منه أن يرسم شخصا من الجنس الآخر، تم الرسم الأول في 57" بينما الرسم الثاني في 35"

- الرسم الأول تمثل في رسم طفلة ذات دلالة مرتبطة بالمعلمة التي تدرسه.
- الرسم الثاني تمثل في رسم طفل ذات دلالة مرتبطة به هو شخصيا.
- مثل رفيق الرأس ثم الأطراف، على غرار الحالات السابقة سجلنا تفاصيل متعلقة بالبيئة في رسمه الأول نذكر منها الماء، الحشيش ...

ثالثا: المظاهر العامة للرسم

تموقع رسم رفيق في الجهة الوسطى للورقة تمثل الحاضر والواقع أي هروبا نحو الواقع لإحتواء التعليمة بعد سماعه لها وفهمه لها، ظهر في الجهة العليا تأكيدا للذات كموقف في الرسم من طرفه.
ظهر رسم رفيق عموديا في الجهة العليا دلالة على الحياة الخيالية والمثالية أي عدم الإمتثال بالواقع بمعنى اخر الهروب نحو الحياة الهوامية، جاء رسم رفيق من اليسار إلى اليمين في حركة نكوصية تدل على رغبة داخلية في الرجوع إلى مراحل مبكرة من حياته ، يدل إذن على عدم سيطرة مبدأ الواقع لديه، وفيما يخص الخطوط نسجل إستعمال الممحاة لثمانية مرات (مع إتلاف 8 أوراق بيضاء من طرفه) في رسمه محيط الجسم le contour de corps و كذا في إعادة رسم وتموقع الجسم على مستوى الجذع والرقبة ما يدل على التوتر والتردد.
لكن ما يلفت الإنتباه هو ظهور un bonhomme رجل غير ناضج وغير كامل بالرغم من سنه (9 سنوات و شهر) إذ نسجل غياب التوازن والتناظر في موضوع الرسم الأول والثاني ما يتجلى هو ظهور الرأس المقعر دون حدود و تفصيل الأجزاء وتوضيح مدى الترابط فيما بينها، أي تحديد المخطط الجسدي المستدخل لديه. وفيما يخص المظاهر التحليلية للرسم نسجل ظهور الفراغ في رسمه للعينين والأنف وكذا الفم داخل إطار كروي فاتح ومقعر بالاضافة الى ظهور شجرة و الحشيش مع دلو من الماء .يمكن ترجمة ما سبق ذكره بالتبعية للأم المغذية و الوظائف المترتبة عليها.
جاءت الخطوط العامة للرسم نازلة دلالة على الكف و عدم الثقة في النفس، يعكس ايضا عدم الرضى عن النفس لدى رفيق وكذ الشعور بالنقص، لم يظهر الذراعين والساقين بشكل ناضج وكامل كون

مرحلة الكمون خاصة ما بين 7–9 سنوات نسجل إهتمام كبير في بناء القواعد والإستقرار علاقة بالذراعين و الساقين في الإتصال بالواقع حسب **A. Abraham (1985)**، على غرار ما ورد في رسم رفيق.

ظهر الرأس كبيرا في رسم رفيق ، يعكس عدم نضج الأنا لديه وكذا النرجسية بالإضافة إلى التركيز على هذا الجزء من الجسم من طرف المحيط الراعي له كونه حامل لجهاز الزرع القوقعي في الأذن اليمنى، وظهرت العينان والأنف والفم في شكل دائري ومقعر تعبيرا عن الفراغ في الإتصال بالواقع وكذا إلى التبعية السلبية والتعلق بالسلوك الطفلي.

ظهر غياب تمثيل جهاز الزرع القوقعي وكذا الأذنين بشكل سليم في رسمه الثاني تعبيرا عن غياب إدراك الواقع بتعبير آخر غياب وظائف التصفية والتمييز حتى تحدد طبيعة المبادلات ما بين الداخل والخارج.غاب تمثيل الذراعين، اليدين، الساقين، الذقن الرقبة، الجذع مع تحديد الحدود، وما يلفت الإنتباه هو إتلاف المحيط الداخلي، نقصد بذلك الجزء العلوي من الجسد مع التأكيد على الخطوط الذي قد يعكس إصابة عضوية أو جسدية في هذا الجزء من الجسد لدى رفيق، و الذي تحققنا منه بعد إستدعاء الأولياء من أجل مقابلة خاصة قصد تدعيم المعطيات التي بحوزتنا.

أما عن اللباس فظهرت النرجسية الجسدية في رسم رفيق إذ غاب تمثيل اللباس في رسمه. والإحساس بالترك يظهر في رسم رفيق توضيحا لذلك يتجلى في الرسومات التي تكون صغيرة، طفلية (Enfantin) بمعنى الحجم ، أين يظهر عدم الأمن في عدم التساوي والاستقرار و القدمين أحيانا غائبين، التخطيط الجسدي ضعيف و رديء، والوجه نسبيا accentué قاتم، الذراعين ملقيان أو في الفضاء وعدم القدرة في إقامة علاقات تظهر في غياب أو ضعف الذراعين وغياب اليدين في الرسم حسب **كارين ماكوفر**. رسم الرجل عند رفيق يوحي عموما الى :

.(Le Bonhomme conventionnel additif)

1-5-5/ ملخص عام عن إختبار رسم الرجل:

جاء رسم رفيق في حركة نكوصية ممتدة من اليسار نحو اليمين كما هو الحال عند الحالات السابقة ونقصد بذلك الحالة الأولى، الثانية ، الثالثة والرابعة كما تبعت بتوظيف نفسي بدائي يبعث إلى مراحل الطفولة الأولى ونقصد بذلك المرحلة الفمية . ورد رسم رفيق مجرد من اللباس كما هو الحال بالنسبة للحالة الأولى والثالثة والرابعة أين تظهر النرجسية الجسدية بوضوح إذ تميز الرسم الأول لدى رفيق بتحديد الشمس التي تعبر عن دلالة رمزية مرتبطة بالأبعاد الأوديبية وخصت صورة الأم من خلال المعلمة اي البديل لصورة هذه الاخيرة، كما ظهرت السحب التي تدل عن الحيرة والخوف ما ينعكس في إنسحاب الأم من العلاقة أم-طفل مع رفيق في مراحل حياته الأولى بعد إتصالها بواقع التشيص الطبي اي في 8 أشهر، جاء رسمه مجرد من الهوية الجنسية من خلال التفاصيل العامة إذ نلاحظ نفس التفاصيل و الأجزاء والخطوط في تمثيل المخطط الجسدي ما يعبر عن (une confusion) خلط في ضمان الإستمرارية والإستقرار للموضوع الداخلي المستدخل حسب **D. Anzieu** (**2000**) حتى تتحدد سياقات التماهي لديه.

أما غياب الأذنين كما هو الحال بالنسبة للحالة الثانية والرابعة، عبر عن إختلال في تمثيل صورة الجسم لديه حتى بعد إستفادته من جهاز الزرع القوقعي إلا أن تمثيله لم يرد كما هو الحال بالنسبة للأذنين لم تظهرأيضا، ما يعبر عن تصدع في وظائف الغشاء النفسي ونقصد بذلك الوظيفة الحسية الممثلة من طرف الغشاء الصوتي لدى رفيق أو بتعبير اخر عدم هيكلة و اِدراك وظائف العضو الملغى حسب **كارين ماكوفر**.

1-5-6/ تقييم الحالة الخامسة(رفيق):

بناء على تحليل المقابلة العيادية النصف موجهة مع أم (ر) وكذا إختبار رسم الرجل لدى (ر) وإنطلاقا من النتائج المتوصل إليها يمكن القول أن الإنسحاب المبكر للأم من إستثمارها للعلاقة أم-طفل مع طفل غير عادي يمكن أنه ترك مجال لإنقطاع وظائف تضمن الموضوع الغشاء الذي يمثل الموضوع الحاوي من طرفها حتى أنه كلما غابت عن مجاله البصري تمثل ذلك في انقطاع غير مبرر لحضور الام حتى توفر الشعور بالامن و الوجود كونه لا يسمع حتى أنه مصاب حاليا بـــRectocolite hémoragique في مرحلة الكمون.

سمح لنا اختبار رسم الرجل بإستخلاص معطيات أتاحت لنا الفرصة بالتطلع إلى إصابة عضوية لم ترد من طرف الأم أثناء المقابلة.

تجريد الرسم من التفاصيل التي تحدد الحجم، السن ، الهوية ، الجنس والهيئة بالاضافة الى عزل الرسم في اطار كروي توضح تصدع عمل الغشاء النفسي لديه الذي لم يحدد طبيعة التحويلات و الحدود بمعنى المبادلات ما بين الداخل و الخارج حتى يوضح مدى توحد المخطط الجسدي لدى رفيق مع الصورة الجسدية من خلال رسمه .

2. مناقشة النتائج:

1-2/ الحالة الأولى (أمين):

بعد عرض و تحليل النتائج وما توصلنا اليه يمكننا القول التأخر في التحكم الحركي للخط في ظل غياب معالم واضحة فيما يخص المخطط الجسدي و الصورة الجسدية لدى أمين، وكذا حمله الحفاظات (les couches) ، النوم مع الأولياء، والإستفادة من جهاز الزرع القوقعي، كل هذه المكونات إنعكست على غشائه النفسي، إذ لم يوفق إلى حد بعيد في ضمان الوظائف الأساسية للغشاء النفسي، نذكر منها الفردانية والتصفية والحماية والإحتواء، رجوعا الى التحويلات التي وردت في رسمه، ما جعلنا نفترض أن إصابة الغشاء النفسي لدى أمين تعود إلى قبل الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي. ما يؤكد ذلك هو طبيعة الرعاية الأمومية خاصة والرعاية الوالدية عامة في ضمان نمو ذات سليمة لديه، توضيحا لذلك إرتباك أمين أثناء الرسم والتوتر مع التردد بالإضافة إلى عدم الإستقرار النفسي الحركي الذي ترجم في رسم غير كامل، يعبر بطريقة أو بأخرى عن إسقاط لذات الشخص الذي يرسمه حسب **كارين ماكوفر**. وعليه فأمين نتيجة لغياب الغشاء العائلي وكذا غياب وظيفة الأم في ضمان وظيفة الإحتواء التي تبقي بالتالي على وظيفة رمزية حاوية، جعله يعيد إستدخال تصورات تخص موضوع لم يوفق في إزالة ثغرات نرجسية تخص فشل الموضوع الحاوي في أداء دوره، ما يسميه **W.R. Bion (1962)** بـــ (خوف بدون عنوان)، وغياب الموضوع الغشاء والموضوع الحاوي في علاقات أيمن الأولى جعلته لا يتصل بوضعية خـــــارجية حاوية بما فيها الكفاية حسب **E. Bick (1960)** ، دفع به ذلك إلى البحث عن بديل في رسمه اي بديل حاوي لتوتراته الحالية محاولة منه في احتواء التعليمة في اختبار رسم الرجل حسب النظرة التي تحملها أمه عنه أو ما يسمى بنشأة (un faux self) حسب **D.W. Winicott (1969)** في قول أمه (كنت شايفاتو حاجة وحد أخرى) و في قولها أيضا (نحبو يهدر normal ...مليح) بالرغم من أنه طفل مصاب بالصمم الخلقي و حامل لجهاز الزرع القوقعي حاليا.

2-2/ الحالة الثانية (ماريا):

بعد عرض و تحليل النتائج وما توصلنا اليه يمكننا القول تعود اصابة الغشاء النفسي لديها الى الزرع القوقعي، لأن مرحلة الكمون تعتبر مرحلة من مراحل الطفولة التي تتميز بالصمت والإستقرار من جهة وتراجع الطاقة الجنسية من جهة أخرى، في حين 4 سنوات مرت على إستفادت ماريا من جهاز الزرع القوقعي لكن غاب التمثيل الواقعي لصورة الجسد بكل تفاصيلها، الذي يتجلى في رسمها هو توضيح معالم تبين مدى إصابة الغشاء النفسي في إدراك الحدود ما بين الشخصية كون الفردانية لم تتحقق وهذا دليل على أن الغشاء البصري المتاح من طرف أمها لوحده فقط في مراحل طفولتها الاولى لم يتمكن من ضمان المبادلات ما بين الداخل والخارج حتى يضمن الإستمرارية والإستقرار للمواضيع الداخلية، إلا أنه بعد الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي حدثت إصابة للغشاء النفسي في مرحلة الكمون بمعنى الغشاء النفسي لديها لم يعد يضمن التصفية والتمييز يعني بنت في سن الثامنة لا تنام مع الأليا وإنما تتخلص من التبعية للأولياء حتى تحقق الإستقلالية، تأكيدا لما سبق ذكره التأخر في النمو العاطفي و الرغبة في النكوص حسب **V.Degorce (2001)**: "يظهران من خلال الخط البطئ، غير مستقيم مع تضخيم حجم الجسم، و ملامح الوجه غير منسجمة بالإضافة إلى الخلط في تمثيل الوجه بمعنى لا يوجد فرق جنسي بناء على جملة من التفاصيل" ما اتضح هو غياب الامتثال بالواقع في رسمها و كذا تضخيم حجم الجسم الذي ترجم في نرجسية جسدية–لباسية من خلال اختبار رسم الرجل لديها.

2-3/ الحالة الثالثة (ريحاب):

بعد عرض و تحليل النتائج وما توصلنا اليه يمكننا القول تعود اصابة الغشاء النفسي لدى ريحاب الى الزرع القوقعي لأن بالرغم من أنه فتح مجال وقناة للإتصال قصد فك الصمت والعزلة لديها، نلاحظ وبشكل واضح التبعية السلبية التي تعني بدورها العودة إلى توظيف نفسي بدائي يعني العودة الى الحالة الاصلية (الصمم) حتى بعد تصليح حاسة السمع بمعنى لا تسمع عند نزعها الجهاز (الجزء الخارجي) و تسمع عند حملها هذا الاخير من جهة، وكذا غياب وظائف التصفية والتمييز وبالتالي التحويلات بصفة مستمرة ومستقرة من طرف الغشاء النفسي لديها حتى يتوحد المخطط الجسدي مع الصورة الجسدية لديها دون ظهور تشوهات بمعنى التقطعات التي ظهرت في الرسم الثاني حسب **B.Virole(2008)** من خلال اختبار رسم الرجل.

2-4/ الحالة الرابعة (جميل):

بعد عرض و تحليل النتائج وما توصلنا اليه يمكننا القول: تعود اصابة الغشاء النفسي لدى جميل الى الزرع القوقعي، لأن بالرغم من عدم إنسحاب أم جميل من العلاقة أم-طفل بعد إتصالها بواقع التشخيص الطبي الذي أعلن إصابة إبنها بالصمم الخلقي مع امكانية تحديد طبيعة الرعاية اللازمة التي تمثلت في حماية زائدة إلا أنه ظهر في رسم جميل إختلال وإتلاف لمظهر الأذنين في الرسم الثاني بالرغم من إستفادته من جهاز الزرع القوقعي لمدة 4 سنوات نجد لديه تجاذب وجداني فيما يخص إدراك الواقع والهوام وكذا الصورة والتصور الخاص بجسده أي غياب الأذنين في الرسم الثاني يوحي إلى جسم متلق (لايسمع) ووجودهما في الرسم الأول يوحي إلى يسمع (جسم عادي) مع عدم تمثيل جهاز الزرع القوقعي في رسميه كما هو الحال بالنسبة للحالات السابقة. لكن التوظيف النفسي يدل على توظيف نفسي بدائي مع إختلال في تمثيل السن الحقيقية لديه8 سنوات وليس 30 سنة في الرسم الثاني ان دل ذلك عن شيئ فهو يدل على اختلال ادراك الهوية و الذات في تمثيلها مع ما هو خارجي بمعنى الواقع حسب **A. Abraham(1985)**.

2-5/الحالة الخامسة (رفيق):

بعد عرض و تحليل النتائج وما توصلنا اليه يمكننا: القول تعود اصابة الغشاء النفسي لدى رفيق الى ما قبل الزرع القوقعي لأن الإنسحاب المبكر لأم رفيق من إستثمارها للعلاقة أم-طفل أي مع طفل غير عادي بمعنى معاق سمعيا فسح المجال لإنقطاع الوظائف الأساسية التي تضمن المبادلات مع الموضوع الغشاء الممثل للموضوع الحاوي من طرفها. كلما غابت عن مجاله البصري تمثل ذلك في انقطاع غير مبرر لحضورها حتى توفر الشعور بالامن و الوجود كونه لا يسمع ما يعتبر (بمثابة خوف بدون عنوان) عندما يترك الطفل لوحده حسب **W.R. Bion (1965)**. سجلنا حاليا اصابة عضوية تعرف بـRectocolite hémoragique في مرحلة الكمون. سمح لنا اختبار رسم الرجل بإستخلاص معطيات أتاحت لنا الفرصة للتطلع إلى إصابة عضوية لم ترد من طرف الأم أثناء المقابلة بالاضافة الى التاكد من غياب تمثيل جهاز الزرع القوقعي كما هو الحال بالنسبة للحالات السابقة. تجريد الرسم من التفاصيل التي تحدد الحجم، السن، الهوية، الجنس والهيئة بالاضافة الى عزله في اطار كروي يوضح تصدع عمل الغشاء النفسي لديه الذي ليحدد طبيعة التحويلات والحدود بمعنى المبادلات ما بين الداخل و الخارج حتى يوضح مدى توحد المخطط الجسدي لدى رفيق مع الصورة الجسدية من خلال رسمه ليتضح تسجيل الاثار الحسية لديه .

3. المناقشة العامة :

تم تسجيل رسم غير ناضج مع عدم إستقرار حركي للخط عند أمين ، بالإضافة الى غياب ظهور حدود واضحة فيما يخص تمثيل الهوية الجنسية وتفاصيل الجسم عموما، دلالة على عدم إستمرار وإستقرار المواضيع الداخلية المستخلة لديه وذلك بالرجوع إلى عدم نضج ليبيدو التعلق في **العلاقة**. أما فيما يخص الحالة الثانية ماريا ظهر رسم يشغل المساحة اليمنى من الورقة عموما، دلالة على الحاجة إلى إمتلاك الفضاء والمكان لديها، بينما سجلنا رسما رديئا من حيث التمثيل عند الحالة الثالثة ريحاب، كما سجلنا أيضا تقطعات في رسمها الثاني الذي كان بمثابة تأكيد على البعد الإسقاطي لديها لأنه يمثلها شخصيا. مثّل جميل رسما يدل على الفراغ والمثالية والخيال كما أن رسمه الثاني ظهر رديئا ولم يمثّل فيه الأذنين دلالة على عدم الإمتثال بالواقع وتحديد طبيعة صورة الجسم المستدخلة لديه. على غرار الحالات السابقة سجلنا رسما يمثل إتلاف للمظاهر التحليلية العامة لرسم الرجل عموما، لكن قبل ذلك كان قد أقدم رفيق على إتلاف ثمانية أوراق بيضاء قبل إحتواء التعليمة والإقدام على الرسم.

النتائج المسجلة عند الحالات المدروسة تؤكّد ما ورد عن **S. Tisseron (2005)** الذي يوضّح ما سبق التطرق اليه، إذ يظهر الرسم الصغير الطفلي (Enfantin) والمخطط الجسدي رديء، وملامح الوجه غير واضحة لأن الإحساس بالترك (le sentiment d’abondon) يترجم عموما في رسم غير ناضج هذا ما لاحظناه عند الحالة الأولى مثلا. وما ورد عن **كارين ماكوفر (1987)** "في حالة إختلال النرجسية يكون الرسم غير مهيكل بوضوح من حيث الشكل والملابس وبالتالي فإن أي خلل أو تشويه في الشكل المرسوم يعبر عن خلل في النرجسية التي يمكن أن تترجم في نرجسية جسدية" هذا ما سجلناه عند كل من الحالة الثالة ريحاب والرابعة جميل بوضوح. ظهرت النرجسية الجسدية اللباسية من خلال تفاصيل نضجة ومتطورة حسب **كارين ماكوفر(1987)** يتعلق الأمر بتصفيفة الشعر والتنورة عند الحالة الثانية مثلا التي أبدت أشكال متطورة نذكر منها العينان مثلا.

في حين ظهرت إصابة عضوية عند الحالة الخامسة رفيق من خلال الإسقاط المترجم في رسم الرجل توضيحا لما سبق ذكره نعرض ما ورد عن **Ph. Greig (2000)** الذي يقول : "حتى يتضح "الأنا موجود" (je suis) في الرسم وكذا "أحافظ وأحمي ذاتي" (je garde et je me protège) يجب أن تتحدد الحدود التي تحوي الرأس والوجه وكذا الجسم من خلال التفاصيل التي يسقطها الشخص الذي يرسم ومن هنا تتحدد الهيكلة الفيزيولوجية لرسم الرجل من تصور مستمد من الواقع حتى يكون بمثابة الإتصال المباشر لطبيعة

الإنتماء إلى الجنس، وكل إتلاف، إلغاء وغياب لتفاصيل الجسم والصورة العامة للجسد بعد ستة سنوات لدى الأطفال يعبر عن خلل نرجسي يمس التوازن النفسي وما قد ينجر عنه من إضطرابات تمس المخطط الجسدي(le shéma corpore) و/أو الصورة الجسدية.

4. مناقشة الفرضية:

تمثلت الفرضية العامة لهذا البحث فيما يلي:

- يؤدي الزرع القوقعي إلى إصابة الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون.

قصد التحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بإجراء مقابلات عيادية نصف موجهة مع أم كل بحوث على حدا، و طبقنا إختبار رسم الرجل على أفراد مجموعة البحث المتكونة من خمس حالات وهم أمين ، ماريا، ريحاب، جميل ورفيق.

4-1/ الحالة الأولى (أمين):

الإنسحاب المبكر لأم أمين من العلاقة أم-طفل كونها لم تتمكن من عمل الحداد على الطفل الخيالي، مع تقبل وبناء علاقة مع الطفل الواقعي الذي أمامها، ففقدان الطفل الخيالي السليم الكامل ، ومجيء طفل حامل لإعاقة سمعية بمعنى صمم خلقي ترجم من طرفها حسب ما ورد عن **M. Mannoni** : "بالطفل الذي يكون حاملا لكل إستثمار ات الأم وعندما يأتي عكس الطفل الخيالي الذي تمنته سوف يذكرها بجرحها القديم (الخصاء) ويشعرها بالنقص والفشل".

من خلال تحليل إختبار رسم الرجل لدى الحالة الأولى قصد توضيح القراءة التي حللنا بها الرسم نعود إلى ما ورد عن **كارين ماكوفر** ، إذ الزيادة أو التخفيض في حجم جزء من أجزاء الجسم أو الجسم كله، يعبر عن الإهتمام والتمركز حول إحباط معين لم يتم تجاوزه، وعندما تغيب أجزاء الجسم في رسم الرجل بمعنى غير ممثلة (متصورة) تدل على أن وظائف تلك الأجزاء أو ذلك الجزء غير مقبولة من طرف الفرد الذي يرسم، هذا ما تأكدنا منه عند تسجيلنا عدم نجاح إختبار رسم الرجل لدى أمين ، بإعتبار التحويلات التي يضمنها الغشاء النفسي غابت وبالتالي وظائف التصفية والتمييز لم تظهر في رسمه.

اختار أمين أن يمثل نفسه في الرسم الأول ما يطابق نفس الجنس في هذه الحالة يمكن القول أن سياق الإسقاط ظهر ووظف، في حين الهوية الجنسية لرسم الرجل لديه كانت غامضة ولم توضح بشكل دقيق بالرغم من سنة (7 سنوات و6 أشهر) .

كنتيجة مستخلصة من خلال تحليل المقابلة مع أم أمين وتحليل إختبار رسم الرجل لديه، تبين لنا أن الإنسحاب المبكر من الرعاية الأمومية والعلاقة أم –طفل أثر سلبا على نمو وتكون الغشاء النفسي لديه، بالعودة إلى الحركة الخطية التي تدل على الرغبة في النكوص و العودة إلى مراحل سابقة مع غياب مبدأ الواقع في تمثيل المخطط الجسدي وكذا صورة الجسم إذ لم يوضح الإطار الحاوي لمحيط الجسم بمعنى عدم نضج الغشاء النفسي لديه.

4-2/ الحالة الثانية (ماريا):

من خلال تحليل المقابلة العيادية التي أجريت مع أم (م) قصد التطلع إلى تاريخ الحالة تبين لنا رغبة أم (م) في الإنفتاح على استثمار ماريا (البنت) حتى تتمكن من إشباع نرجسي وتفريغ للحاجات النرجسية حسب **R. Spitz (1963)**، كما أنها أتاحت الفرصة لكي تتمكن إبنتها من إستدخال وإستقبال العالم الخارجي، بناء على الغشاء البصري الممثل من طرف الفضاء البصري حسب **B .Golse (1994)** حتى تتصل بما هو خارجي، بمعنى أنها لم تنسحب من العلاقة أم–الطفل مبكرا كما هو الحال بالنسبة للحالة الأولى.

من خلال تحليل إختبار رسم الرجل لدى ماريا ظهرت الزيادة في حجم أجزاء الجسم عامة ، إذ ظهر تضخيم الجسد والتمركز في الوسط تعبيرا عن التمركز حول التعويض لإحباط غير متجاوز، و تكرار الخطوط وإستعمال الممحاة على 3 مرات مع غياب الأذنين يدل على عدم تمثيل (تصور) وظائف تلك الأجزاء أو ذلك الجزء، بإعتبارها غير مقبولة كونها تذكر بالنقص وعدم الرضى حسب**كارين ماوفر**.

تظهر بوضوح النرجسية الجسدية في ظل غياب التصفية والتمييز، حتى تتضح معالم أجزاء الجسم داخل حدود معينة بمعنى صورة جسدها حتى تتمكن من استثمار الجسد بكل أجزائه من جهة و تمثيل واضح يبين مدى الامتثال بالواقع من جهة أخرى من خلال عدم تمثيلها لجهاز الزرع القوقعي مثلا، ما يعكس إذن إصابة الغشاء النفسي لديها.

4-3/ الحالة الثالثة (ريحاب):

من خلال المقابلة التي أجريت مع أم ريحاب تبين لنا بأن هذه الأم تتفق مع ما ورد عن **D.Burningham(1989)** "كون تفجر أحاسيس الأم بحاجة طفلها إليها ورعايتها له، تقوم على أرضية من الرفض آخذة شكلا آخر، حيث نجد الأم تملأ آذان طفلها بالحب والإهتمام، ولكنها لا تسمح له بالإستجابة إلى هذا الحب ومبادلاتها إياه"، هذا يعني أن صعوبة تحمل الأم مشاعر الذنب والعداء والرقص يؤدي إلى تحول في اتجاهها نحو طفلها، فيصبح العداء والإنكار بما هو إمتداد نرجسي مشوه ومعوق، يصبح حبا وشغفا، فيكون مقدار الحب والرعاية والإهتمام على قدر مشاعر العداء والرفض والإنكار هذا ما يؤكد الرعاية والحماية الزائد التي إتسمت بها العلاقة ما بين أم ريحاب وإبنتها مع عدم إنسحابها المبكر من العلاقة أم–طفل.

من خلال تحليل إختبار رسم الرجل تبين لنا غياب تحديد الهوية ، كون رسمها الأول والثاني لم يظهر فيهما تمثيل جهاز الزرع القوقعي، بالإضافة إلى غياب تناظر الأذنين ما يسمح لنا باستخلاص معطيات توضح رداءة المخطط الجسدي وكذا صورة الجسم لديها، يعني إصابة وتصدع الغشاء النفسي لديها، كونه لم يضمن التصفية والتمييز وكذا المبادلات ما بين الداخل والخارج بصورة مستمرة ومستقرة حتى تستقر الحركة الخطية لديها مع استقرار صورة الجسم حسب**S.Tisseron(2005)**.

4-4/ الحالة الرابعة (جميل) :

من خلال تحليل المقابلة العيادية مع أم جميل تبينت لنا الرعاية المفرطة والإنكار، إمتدت استجابتها حول إصابة ابنها بالصمم، إلى غاية التشكيك في طبيعة التشخيص الطبي حسب ما ورد في المقابلة معها، ما انعكس في شكل إحباط ترجم في مبالغة الحماية والحب المقدمان لإبنها، وهذا راجع إلى إعتقادها أنها السبب في إعاقته حسب ما ورد عن **شاهين رسلان.**

من خلال تحليل إختبار رسم الرجل ظهر غياب تمثيل جهاز الزرع القوقعي وكذا الأذنين في رسمه الثاني، دلالة على الفراغ في رسمه ظهر الفم المفتوح والعينان والأنف في رسمه مشوه به تقطعات، تعبيرا عن رداءة المخطط الجسدي الذي إنعكس في صورة جسم تعكس إصابة الغشاء النفسي بمعنى لم تظهر التحويلات في الاتصال ما بين الداخل والخارج ، حتى تتضح معالم صورة جسد متصلة بالواقع وبما هو عليه في سنه أي 9 سنوات.

4-5/ الحالة الخامسة (رفيق):

من خلال المقابلة مع أم رفيق سجلنا غياب رعاية وإتصال من طرفها بعد التشخيص الطبي الذي يعني إصابة إبنها بصمم خلقي عميق، ما يؤكد ذلك انسحابها من العلاقة أم-طفل عند 9 أشهر أين إتضحت معالم الإتجاه نحو الإهمال، كون الطفل المصاب بالصمم ليس كالطفل العادي كيف لا يعترف بي؟ لا أستطيع أن أكلمه؟ لأنه يعتبر بمثابة إحباط، لأنه لا يناسب الطفل الخيالي الذي تصورته الأم أثناء فترة حملها، لأن عليها مواجهة صورة الطفل الواقعي يوميا حسب **B. Virole (1993)**.

ورد رسم رفيق مجرد من المظاهر العامة للرسم ونقصد بذلك معالم الجسد بين مخطط جسدي وصورة جسدية تتماشى مع طبيعة ذلك المخطط الجسدي الموجود عند كل إنسان **A. Abraham (1985)**، نسجل رسم متلق مع إتلاف للجهة العلوية في كل من الرسم الأول والرسم الثاني تأكيدا لذلك ما ورد **S. Tisseron** سنة **(2005)** في الموقف المفسر للحركة الخطية في رسم الرجل، أين يظهر الأنا النفسي (le moi Psychique) بمعنى المحتويات والتفاصيل الداخلية للرسم متلفة مع تكرار الخط، إذ ظهر رسم رفيق في شكل وحدة أم-طفل مع نفس الخصائص والميزات المتصلة بالمرحلة الفمية في إسقاطه لصورته الخاصة ، وتكون ها هنا الصورة العامة للجسد تدل على هوام الجسم المشتت (le fantasme du corps morcelé) .

كما لم يظهر تمثيل الأذنين وجهاز الزرع القوقعي في رسميه ما يوحي إذن إلى إصابة الغشاء النفسي لديه، كونه لم يضمن الوظائف الأساسية لديه نذكر منها الإحتواء، التصفية والتمييز بمعنى التحويلات والمبادلات ما بين الداخل والخارج.

على غرار الحالات السابقة، رفيق مثل إصابة على مستوى البطن في رسمه الأول ورسمه الثاني، والتي تأكدنا من طبيعتها فيما بعد عند مقابلة الأولياء بعد تطبيق إختبار رسم الرجل ألا وهي une rectocolite hémorragique.

5.الاستنتاج العام:

المعطيات العامة المستنتجة حول الحالات الخمسة كانت كالتالي:

- ولدوا في تسعة أشهر، ولادته طبيعية وعادية.

- من والدين يسمعان بصورة عادية وطبيعية.

- لم يتمدرسوا بمدرسة صغار الصم على مستوى أقسام التنطيق Démutisation قبل الإستفادة من الزرع القوقعي.

- لم يحملوا معينات سمعية قبل الإسفادة من الزرع القوقعي.

- ترعرعوا في وسط عائلي غير مفكك.

- 4 على 5 من الحالات إستفادوا من جهاز الزرع القوقعي عند سن الخامسة.

- 5 على 5 من الحالات حاملين لجهاز الزرع القوقعي بالأذن اليمنى.

- 4 على 5 من الحالات لم يحققوا الإستقلالية في عملية الإخراج (تبرز، تبول لا إرادي).

- 4 على 5 من الحالات لم تسجل أي إصابة بالصمم لدى المحيط العائلي عندهم .

فيما يخص الملاحظات المستنتجة عموما حول الرسومات فهي كالتالي:

- حركة خطية ممتدة من اليسار إلى اليمين تعبر عن النكوص والرغبة في العودة إلى مراحل مبكرة من الطفولة عند 5 على 5 من الحالات.

- ظهر تمثيل الرأس في الأول عند 5 على 5 من الحالات المدروسة.

- ظهر تجريد الرسومات من اللباس بمعنى في شكل مبسط، مع غياب الهوية الجنسية ما عدا الحالة الثانية من خلال التفاصيل والأجزاء الموحدة في صورة الجسم بمعنى التنورة و تصفيفة الشعر عند (ماريا).

- سجلنا غياب تركيبة الفضاء والبيئة في كل الرسومات ما عدا الحالة الخامسة أين ظهر الحشيش، شجرة، السحب والشمس والماء.

- ظهر كل مبحوث في رسمه ما يؤكد البعد الإسقاطي للرسم بالإضافة إلى فرد من العائلة من الجنس الآخر توضيحا لسياقات التماهي لديهم و كذا البعد التعلقي حسب **كارين ماكوفر**.

- تموضع الرسم عند 4 على 5 من الحالات المدروسة في الجهة العلوية التي تمثل، الخيال والمثالية، مع عدم الإلتزام بمبدأ الواقع.

- ظهرت الأيدي غير منفصلة عن الذراعين، بل منسجمة مع الأصابع في شكل وردة، كما نسجل ايضا التمثيل الضعيف للأطراف العليا وكذا الأطراف السفلى عند4 على 5 من الحالات.

- سجلنا أعين فارغة عموما عند كل الحالات مع غياب التناظر في التمثيل لان الفراغ الذي يظهر في كل الرسومات يوضح عدم نضج ليبيدو التعلق لدى الحالات المدروسة بشكل كافي حتى تسمح لهم استثمار مواضيع خارجية اتصالا بالواقع حسب**A.Ciccone(2001)**.

- عند 2 على 5 من الحالات الجذع مؤكد بمجموعة من الأزرار تأكيدا للتبعية و الخضوع حسب **كارين ماكوفر**.

- الخط غير مستقر في كل الرسومات، نلاحظ ظهور : التأكيد، التكرار والتقطع، بالإضافة إلى غياب التنسيق والتناظر في الانتقال من الجزء إلى العام عند كل الحالات، مع غياب الامتثال بالواقع في الرسم هذا ما يؤكد ما ورد عن **B. Virole (2000)**.

- سجلنا في المرحلة الثانية من المقابلات بمعنى مرحلة التداعيات تجاوب ودينامية من طرف المبحوثين رغبة منهم في الإجابة حول الأسئلة المدعمة للتفسيرات المقدمة حول الرسم.

6.الخلاصة العامة :

نستخلص من ما سبق ذكره غياب تمثيل جهاز الزرع القوقعي في رسومات كل المبحوثين، يؤكد هذا اذن على عدم امتثالهم بالواقع في الرسم. بالعودة إلى ما تم تسجيله عند الحالات المدروسة تفهم أن التحويلات كانت محدودة، بمعنى المبادلات ما بين الداخل والخارج وكذا الوظائف الأساسية للغشاء النفسي نذكر منها التصفية والتمييز كون الغشاء النفسي مجال يفصل ما بين الداخل والخارج، بإعتباره حقيقة هوامية تتجلى في عدة مظاهر نذكر منها السجل الحسي بمعنى الغشاء الصوتي الذي يسجل المبادلات والتجارب المبكرة ما بين الطفل وأمه والتي تندرج ضمن سياق الإرضاع بما فيه المسك، الحمل (portage) الكلام .(D. Anzieu, 2000)

من خلال إختبار رسم الرجل حاولنا إستخلاص معطيات توحي إلى إصابة الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي، لأن الأنا –جلد هو تصور représentation يستعمله **أنا** الطفل خلال المراحل المبكرة من نموه، لكي يمثل (يتصور) نفسه بنفسه، إنطلاقا من تجربته الخاصة مع سطح الجسم كأنا حاوي للمحتويات النفسية (D. Anzieu, 1985)

إذن ما يمكن إستخلاصه هو تحقق فرضية البحث عند 3 على 5 من الحالات كون الوظيفة الحسية للسمع بعد تصليحها والإستفادة من جهاز الزرع القوقعي أدت إلى إصابة الغشاء النفسي عند كل من الحالات الثانية والثالثة والرابعة التي توحي بدورها إلى جسم عادي أي يسمع عند حمله الجهاز ومتلف عند نزع هذا الأخير، بمعنى لم يتمكنوا من الإمتثال بمنطقة الحدود ما بين الداخل والخارج في توحيد المخطط الجسدي المستدخل مع صورة الجسم عند كل واحد فيهم، في حين نلاحظ نفي صحة الفرضية العامة للبحث عند كل من الحالة الأولى والحالة الخامسة، أين نسجل إنسحاب كلي ونهائي للأم في العلاقة أم–طفل منذ مرحلة الطفولة الأولى، لأن المحتويات النفسية لا يمكن إستدخالها، إستمرارها وإستقرارها إلا بعدما يتم استثمار الحاويات النفسية بلبيدو التعلق، وهذه الحاويات تملك خاصية التصور الذاتي إنطلاقا من التفاعل مع المحيط حسب**S. Tisseron (2005)**

تأكنا من ما ورد عن **D. Anzieu (1985)** في كتابه **(Le Moi-Peau)** فيما يخص الاختلالات التي يمكن أن تسببها الثغرات في الحدود والتي ظهرت في النقاط التالية عند أفراد مجموعة بحثنا:

- عدم التأكد من الحدود بين الأنا النفسي والأنا الواقعي والأنا المثالي.
- عدم الفصل الواضح بين الذات وما يتعلق بالآخر.

- عدم التمييز النزوي الذي يجعل الشخص يحس صعود النزوة كعنف وليس كرغبة.
- الشعور بالجرح النرجسي بسبب الضعف أو التصدعات في الغشاء النفسي كنتيجة لتراكم الثغرات النرجسية.
- إحساس شامل بعدم الراحة.(D.Anzieu, 1985)

تظهر الأهمية البالغة في التكوين السليم للأغشية النفسية من أجل الحفاظ على كيان الشخص وهويته وإندماجه انطلاقا من العلاقة أم–طفل . هذه العناصر الثلاثة لا يمكن إكتسابها إلا من خلال المؤسسة الاجتماعية الأولى (بمعنى الأسرة) التي تحضن الشخص وترافقه في حياته.

كخلاصة لقد توصلنا في نهاية هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤل المطروح في بدايتها إلا أن هذه الإجابة فتحت لنا بابا واسعا لطرح التساؤل التالي:

- ما هو إنعكاس الزرع القوقعي على السير النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون؟

قصد تدعيم المعطيات والنتائج المتوصلة إليها في دراستنا من خلال قراءة مغايرة لهذه الشريحة من ذوي الاحتياجات الخاصة.

7. صعوبات البحث:

لكل بحث علمي آثار سلبية وأخرى إيجابية، تمثل الإيجابية منها في أنه يحس الباحث بنوع من الإنتاج والفعالية، ويمنحه دفعا قويا وشغفا لبحوث ودراسات أخرى تروي شغفه للعلم وتعزز توجهه العلمي.

أما الآثار السلبية هي إنتهاء الفترة القصيرة التي ترافق فيها الباحث مع البحث، وقرر الوقت أن ينهي هذه المرافقة، حيث كان الوقت الضيق لمجال البحث، من ضمن الصعوبات التي تحدينا بها إمكانياتنا، بحيث كلما أردنا أن نحقق تقدما في بحثنا نجد أن الوقت قطعنا.

حساسية الموضوع لدى أولياء لم يتمكنوا من عمل الحداد على الطفل الواقعي، أدى بهم إلى رفض المشاركة، ما جعل حظوظنا في الحصول على عدد أكبر من الحالات قليلة، حتى أنه توجد من الحالات من إنسحبت من البحث بعدما كانت من بين أفراد مجموعة البحث.

نشير إلى نقص البحوث والدراسات السابقة حول موضوع الغشاء النفسي لدى الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي في الوطن العربي.

8.الإقتراحات :

إنطلاقا من النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة نقترح ما يلي:

– تكثيف الدراسات حول فئة الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي بعد 09 سنوات من دخول هذا التجهيز السمعي إلى الجزائر أي منذ 2003 على يد البروفسور "**جناوي**" رئيس مصلحة الفم، الأنف و الحنجرة بالمستشفى الجامعي "مصطفى باشا" الجزائر العاصمة.

– التفكير في إنشاء خلية إصغاء ومتابعة على مستوى أقسام الزرع القوقعي بالمستشفيات المعنية بهذا التجهيز السمعي.

– فتح تخصصات على مستوى الجامعات تعتني بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة (علم النفس الصم مثلا).

– تفعيل الحركة الجمعوية من خلال العمل الجواري وكذا إنشاء جمعيات تخص هذه الفئة من ذوي الإحتياجات الخاصة، نقصد ذوي الزرع القوقعي.

خاتمة:

تبدأ كل دراسة ويبنى كل بحث علمي إنطلاقا من تجارب ذاتية تعمل على إثارة الفضول الذي يقنن من خلال خيط موجه في كل بحث ودراسة، إذ من خلال الفكرة التي يعتبرها **سبينوزا (1959)** شرطا أساسيا للمعرفة، فقد عبر عن ذلك بوضوح: "أريد بالفكر فهما يصوغه العقل، بسبب طبيعة كونه شيئا مفكرا يؤدي إلى إثراء المعرفة بالبحث". هكذا إتخذ إنتباهنا مساره، وبدأت الأفكار تدور حول هذا البحث، الذي إعتمد موضوعه على دراسة إكلينيكية ذات توجه تحليلي في معرفة إنعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون.

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة ذات أهمية بالغة في حياة الفرد، لها تأثيرات كبيرة على مراحل حياته اللاحقة، هذا ما جعل المختصون والباحثون يولون أهمية كبيرة حتى أخذت حيزا كبيرا في بحوثهم ودراستهم، لكن هناك أطفال يولدون حاملين إصابات حسية نذكر منها الصمم الخلقي، إذ يعد الجهاز السمعي قناة الإتصال مع العالم الخارجي، وإذا ما أصيب بتلف تنقص القدرة السمعية إلى درجة قد يتعذر على الفرد القيام بوظائفه وأدواره الأساسية، لكن ظهر إلى الوجود تقنية تجمع بين الجراحة والتجهيز السمعي تسمى بالزرع القوقعي، على ضوء هذا الواقع قمنا بدراسة إنعكاس هذا الأخير على الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون.

النتيجة التي توصلنا إليها هي: يؤدي الزرع القوقعي إلى إصابة الغشاء النفسي في ظل فروق تاريخ الحالة لدى كل مبحوث، من خلال واقع العلاقة أم–طفل والرعاية الأمومية المتاحة، إن تمثلت في موضوع غشاء حاوي بما فيه الكفاية. وعليه فالنتائج المتوصل إليها ملفتة للإنتباه إذ تأكدنا من ما ورد في الدراسات السابقة التي تطرقنا اليها في الفصل الأول حول الغشاء النفسي لكل من **M.Corbetta** و **H. Stork** و **T. Field** التي وضحت بدورها أهمية اللمس والتكليم في العلاقة أم–طفل علاقة بمراحل الطفولة الأولى، بمعنى انطلاقا من العلاقة جلد لجلد. لكي يصل الغشاء النفسي الى شكله النهائي،لابد أن يمر بمرحلة الجلد المشترك ليتحول لاحقا الى الجلد المقتلع، بما أن المرحلة الأولى نمطية عند كل الأفراد، فإن أي خلل في الثانية قد يؤدي إلى خلل في الغشاء النفسي و بالتالي خلل في كل البناء النفسي، لأن"الأنا–جلد هو جزء من الأم، الذي استدخل حتى يحافظ على النفس في حالة عمل، مثل الأم تحافظ على جسم الطفل في حالة وحدة وصلابة " (D.Anzieu, 1985, p97) .

بينما إتضحت شدة التبعية للقناة البصرية عند أفراد مجموعة البحث كونهم إستفادوا من جهاز الزرع القوقعي بعد 5 سنوات تدعيما لما ورد عن **C. Colin** و **Svirsky** و **Hold** في دراسة لهم حول إنعكاس الزرع القوقعي المتأخر أي بعد 4 سنوات عند الأطفال الصم.

حاولنا في هذا البحث الوقوف على جانب من الحياة النفسية لفئة ذوي الإحتياجات الخاصة في مجتمعنا، ونقصد منهم فئة الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي في مرحلة الكمون، توضحت لدينا أهمية التكفل النفسي والمتابعة بعد الإستفادة من جهاز الزرع القوقعي، حتى تتاح لهم الفرصة في تحقيق التوازن بعد فك الصمت الذي خيم على مراحل من حياتهم، لأن الصمم يبقى قائم حتى بعد الإستفادة من الزرع لأن نزع هذا الأخير(الجزء الخارجي من جهاز الزرع القوقعي)، يجعل الطفل يعود إلى حالته الأصلية وهي الصمم، إذن يجعله يعيش تجاذب وجداني مؤقت بمعنى يسمع ولا يسمع في نفس الوقت،أي اختلال في حاسة السمع بعد تصليحها والممثلة من طرف الغشاء الصوتي لديه، كما يمكن أيضا أن يؤدي به ذلك إلى رغبة في العودة إلى مراحل مبكرة من حياته بمعنى النكوص أو بتعبير آخر إلى توظيف نفسي بدائي هذا ما تأكدنا منه عند الحالات المدروسة في هذا الموضوع.

إنطلقنا في هذه الدراسة من سؤال طرحناه كان كالتالي: هل يؤدي الزرع القوقعي إلى إصابة الغشاء النفسي لدى الطفل الأصم في مرحلة الكمون؟. بذلنا كل ما بوسعنا من أجل التوصل إلى الإجابة على هذا السؤال ، لكن كلما شعرنا بأننا اقتربنا من الإجابة يمتلكنا الفرح والغبطة غير أن هذه الحالة لا تدوم طويلا، فيختفي الفرح ويحل محله القلق والتوتر لما نتذكر بدنو آجال إيداع مذكرة التخرج، وما زاد من قلق الباحث هو وفاة الجدة في 02 أكتوبر 2011 بعد مرض ألزمها الفراش تطلب منه الرعاية والوقوف بجانبها إلى غاية مفارقتها الحياة، لكن لم نتوقف عند هذا الحدث بل إستمرت المجهودات، إلى غاية أمل إيداع المذكرة في الآجال المحددة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

أولا- قائمة المراجع باللغة العربية:

1. أحمد عطية (2003). ***مناهج البحث في التربية و علم النفس***، دار المعارف، لبنان، ط1
2. أديب محمد الخالدي (2006). ***مرجع في علم النفس الاكلنيكي الفحص و العلاج*** ، دار وائل للنشر، عمان، ط1
3. أيمن فؤاد محمد كاشف (2002). ***الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة*** ، *دراسات ميدانية* ، دار الفجر، مصر، ط1
4. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2003). ***الصمم الخصائص و العلاج*** دار وائل للطباعة والنشر، عمان، ط1
5. بدرة معتصم ميموني (2005). ***الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق*** ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط2
6. بلقاسم سلاطنية (2007). ***منهجية البحوث النفسية***، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، ط1
7. بيومي محمد عبد العليم دلال (2008). ***دراسة التغيرات الاجتماعية في الأسرة العربية*** دار المعرفة الجامعية، مصر.
8. حامد عبد السلام زهران (1981). ***علم النفس النمو***، دار العودة، بيروت، ط1
9. خالد عبد الرزاق السيد (2001). ***سيكولوجية أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*** ، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1
10. شاهين رسلان (2009). ***الإعاقات الحسية*** دار الحوار للنشر و التوزيع، سوريا، ط1
11. عبد الرحمان سي موسي محمود بن خليفة (2008). ***علم النفس المرضي التحليلي و الاسقاطي***، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، ج1
12. عبد المطلب أمين القريطي (1999). ***الصمم و الإعاقة الحسية*** ، *دراسة سيكولوجية* ، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1
13. عمر عبد الرحيم نصر الله (2008). ***الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة و المجتمع***، دار وائل للنشر، ط2
14. عباس محمد عوض (1999). ***علم النفس الاجتماعي نظرياته وتطبيقاته*** ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1

15. عمار بوحوش ومحمود الذنيبات (2007). ***مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحث*** ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
16. كارين ماكوفر (1987). ***إسقاط الشخصية في رسم شكل الإنسان*** ، ترجمة رزق سند إبراهيم ليلى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
17. ليلى دمعة يعقوب (1995). ***سيكولوجية النمو عند الطفل والمراهق***، الجامعة اللبنانية دار النهار، ط1.
18. محمد عبد السيد (2000). ***أبعاد الصمم في حياة الصم*** دار الكتاب الحديث القاهرة ط2
19. محمد عبد المؤمن حسين (1999). ***قضايا سيكولوجية*** ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، عمان، ط1
20. محمد عبد المؤمن حسين(2001). ***الإعاقة السمعية*** ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، عمان، ط3
21. مريم سليم (2002). ***علم النفس النمو***، دار النهضة العربية، لبنان، ط1
22. مصطفى حجازي (2004). ***الصحة النفسية***، المركز الثقافي العربي، بيروت، ط2
23. هيلين دوتش (2008). ***سيكولوجية المرأة (الأمومة)*** ، ترجمة اسكندر جرجي معصب ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، لبنان، ط1

- **القواميس و المعاجم:**

24. لابلانش .ج وبونتاليس ج.ب (2002). ***معجم مصطلحات التحليل النفسي*** ، ترجمة مصطفى حجازي، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات، لبنان، ط4 منقحة.
25. منجد اللغة والإعلام (2008)، دار الشروق، بيروت ط3.

- **الرسائل الجامعية:**

26. بلبسعي. ر (2009). ***اختيار نمط اللباس الأغلفة النفسية والجسدية*** دراسة مقارنة مذكرة رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، معهد علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.
27. رقية نجادي (2010). ***النرجسية و الجراحة التجميلية عند المرأة*** ، مذكرة رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، معهد علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.

- المجلات و الجرائد:

28. الديوان الوطني للإحصائيات، الطفل الجزائري بالأرقام في ***جريدة الاتحاد*** يونيو 2011
29. أسبوعية المحقق، جوان 2007
30. مجلة الشرطة، مارس 1987

ثانيا- قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

31. ABRAHAM A. (1978) « *Le dessin d'un personnage* ». Le test de k.Machover. Ed. Scientifique et Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux.
32. ABRAHAM A. (1985). « *Les identifications de l'enfant à travers son dessin* ». Ed. Privat.
33. AINSWORTH M. Et Al. (1978). «*Patterns of attachement* : A psychological study of the strange situation», Hillsdale, N.J. : Lawrence Erlbaum Associates.
34. ANZIEU D. (1985). « *Le Moi-Peu* », Edition. Dunod, Paris.
35. ANZIEU D. (2000). « *Les Enveloppes psychiques* », Edition. Dunod, Paris.
36. AULAGNIER P. (1981). «*La violence de l'interprétation*», PUF, Paris.
37. BARDIN L. (1977). « *L'analyse du contenu* », Edition. Dunod, Paris.
38. BENONY C. Et GOLSE B. (2003). «*Psychopathologies du bébé*», Edition. Nathan, Paris.
39. BENONY H. (2003). « *Le développement de l'enfant et ses psychopathologies* », Edition. Nathan/VUEF, Paris.
40. BERGERET J. (1986). « *Psychologie pathologique : théorie et clinique* », Edition. Masson, Paris, 1992.
41. BERGERET J. (2004). « *La personnalité normale et pathologique-Les grandes structures de base* », Edition. Masson, Paris.
42. BICK E. (1964). «*Notes sur l'observation du bébé dans la formation psychanaytique*», sous la direction de BRIGGS A., Un espace pour survivre : ***l'observation du nourrisson selon Esther Bick*** : articles cliniques et derniers développements, Editions du Hublot (2006). Larmor-Plage (Morbihan).
43. BION W. R. (1965). « *Transformations* », PUF, Paris, 1982.
44. BOURDIN D. (2007). « *La psychanalyse de Freud à aujourd'hui : histoire, concepts, pratiques* ». Rosny: Bréal éditions.
45. CHABET C. (1999). « *Névroses et fonctionnement limite* », Edition. Dunod, Paris.
46. CHAHRAOUI K. et BENONY H. (2003). « *Méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique* », Edition. Dunod, Paris.

47. CHILAND C. (1985). « *L'entretien clinique* », PUF, Paris.
48. CHOUVIER B. et ROUSILLON R. (2004). « *La réalité psychique* », Edition. Dunod, Paris.
49. CICCONE A. (2001). « *Enveloppe psychique et fonction contenante* » : modèles et pratiques, In cahier de psychologie clinique, Edition. De Boeck, Belgique.
50. COLIN C. (2003). « *La perception audiovisuelle de la parole chez les enfants munis d'un implant cochléaire : premières données* », PUF, Paris.
51. CONSOLI S. (2006). « *Le Moi-Peu* », 2éme Ed, Erudit Edition, Paris.
52. CORBETTA M. (1997). « *Regard sur le hammam* », In usages culturels du corps, Edition. L'Harmattan, Paris.
53. DALLA PIAZZA S. (2001) « *Handicaps et déficiences de l'enfant* », Edition. De Boeck, Paris, 1ére édition.
54. DEGORCE V. (2001). « *L'image du corps à travers le dessin chez les enfants psychotiques* ». PUF, Paris.
55. DELASSUS J.M (2007). « *Le sens de la maternité* », Edition. Dunod, Paris.
56. DJENAOUI DJ. Et Coll. (2009). « *Premier colloque international sur la prise en charge de l'enfant sourd porteur de l'implant cochléaire* », OPU, Alger.
57. DOLTO F. (1971). « *Psychanalyse et pédiatrie* », Edition. Seuil, Paris.
58. DOLTO F. (1984). « *L'image inconsciente du corps* », Edition. Seuil, (Points d'essais) N°251-1992, 2002.
59. DORON J. (2000). « *À propos de la communication avec soi* », In Les Enveloppes Psychiques, Edition. Dunod, Paris.
60. DORON J. (2002). « *La méthode du cas en psychologie clinique* », Edition. Dunod, Paris.
61. DUMONT A. (1997). « *Implant cochléaire, surdité et langage* », Collection "Questions de personnes" Edition. De Boeck Université, Paris.
62. FEDERN P. (1979). « *La psychologie du Moi et les psychoses* », PUF, Paris.
63. FIELD T. (2001). « *Les bienfaits du toucher* », Edition. Payot, Paris.
64. FREUD S. (1895a). « *Manuscrit G : Mélancolie* », In la naissance de la Psychanalyse, lettre a Fliess, notes et plans, (1887-1902) PUF, Paris.
65. FREUD S. (1895b). « *Manuscrit H : Paranoïa* », in la naissance de psychanalyse, lettre a Fliess, Notes et plans, (1887-1904) PUF, Paris.
66. FREUD S. (1895c). « *Esquisse d'une psychologie scientifique* ».In La naissance de la psychanalyse, PUF, Paris 1956.
67. FREUD S. (1920). « Au delà du principe de plaisir », in Essais de psychanalyse (2001), Édition. Payot & Rivages, Paris.

68. FREUD S. (1923). « *Le moi et le ça* », In Essais de psychanalyse (2001), Édition. Payot & Rivages, Paris.
69. FREUD S. (1925). « *Inhibition, symptôme et angoisse* », TF, M. Tort, Paris, PUF, 1965.
70. GREEN A. (1983). « *Narcissisme de vie, narcissisme de mort »*, Éditions de Minuit, Paris 1999.
71. GREEN A. (2000). « *Le temps éclaté »*, Éditions de Minuit, Paris.
72. HOUZEL D. (1994). « *Enveloppe familiale et fonction contenante* », Edition. Dunod, Paris.
73. HOUZEL D. (2000). « *Enveloppe psychique : concepts et propriétés* », In Enveloppe psychique, Edition. Dunod, Paris.
74. JOLY F. (2008). « *Corps et psyché* », In les grandes problématiques de la psychologie clinique, Edition. Dunod, Paris.
75. KLEIN M. Et RIVIERE J. (1937). « *L'amour et la haine* », Edition. Payot, Paris.
76. KLEIN M. (1947). « *Essais de psychanalyse »*, Edition. Payot, Paris, 1967.
77. LACAN J. (1964). « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse », Séminaire, Livre XI. Edition. Seuil, Paris.
78. LAGACHE D. (1983). « *L´unité de la psychologie* », PUF, Paris, 6e édition.
79. LAFON J.C. (1985). « *Les enfants déficients auditif »*, Edition. Payot, Paris.
80. LAROSE Y. (2001). « *L'oreille électronique : l'implant cochléaire permet de vaincre la surdité* » "Québec science" - avril 1998 - n° 8 - p. 30-39.
81. LEBOVICI S. (1985). « *L'enfant, la mère et la Psychanalyse, les interactions précoces* », Edition. Bayard, Paris.
82. MARLIEU PH. Et All. (1973). « *Traité de psychologie de l'enfant* », PUF, Paris.
83. PEDINIELLI J.L Et FERNANDEZ L. (2004). « *Introduction à la psychologie clinique* », Armand Colin Edition, Paris
84. PERRON R. (1985). « *Genèse de la personne* », PUF, Paris.
85. PERRON R. (2000). « *Une psychanalyse pourquoi?* », Edition. Dunod, Paris.
86. PERRON R. et Coll. (2006). « *La pratique de la psychologie clinique* », Edition. Dunod, Paris.
87. ROYER J. (1977). « *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du Bonhomme* », Editest. Bruxelles, 2011.
88. SCELLES R. Et Coll. (2000). « *Limites, liens et transformations* », Edition. Dunod, Paris, 2003.
89. SPITZ R. (1963). « *La première année de la vie de l'enfant* : genèse des premières relations objectales», PUF, Paris
90. STEIN C. (1971). « *L'enfant imaginaire* », Edition. Denoël, Paris.

91. STORK H. (1998). « *Enfance Indienne* », Edition. Bayard, Paris.
92. SVIRSKY M.A, ROBBINS A.M, KIRK K.I, PISONI D.B. (2004). « *Language developpement* », In profoundly deaf children with cochelear implants, Psychological Science, 11, 153-158.
93. TISSERON S. (2005). « *Psychanalyse de l'image des premiers traits au virtuel* », Edition. Dunod, Paris.
94. VIROLE B. (1993). « *Psychanalyse et Surdité* », Psychanalystes, 46-47, Paris.
95. VIROLE B. (2000). « *Psychologie de la surdité* », Éditions. De Boeck, Bruxelles, 2éme édition.
96. VIROLE B., Bounot A., Sanchez J. « *Influence des implantations cochléaires sur le développement socio-affectif de l'enfant sourd* », Handicap, Revue de sciences humaines et sociales, N°99 – 2003.
97. VIROLE B. *« Le problème de la perception auditive chez l'enfant sourd, faits cliniques, modèles théoriques et enjeux pratiques* », Annales de philosophie et des sciences humaines, Kaslik, Liban N°22, Beyrouth, 2006.
98. VIROLE B. (2007) « *Aux sources de la culture sourde* », Etre biculturel, le cas des sourds, Gers, L'Harmattan.
99. VIROLE B. (2008) « *Les implants cochléaires chez l'enfant sourd, perspectives de développement* », Le jeune enfant sourd, consensus et controverses, Gers, L'Harmattan.
100. WINICOTT D.W (1951). « *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels* » une étude de la première possession non-moi. In de la pédiatrie a la psychanalyse, Payot, Paris, 1969.
101. WINICOTT D.W (1958). « *La capacité à être seul* », In de la pédiatrie a la psychanalyse, Edition. Payot, Paris, 1969.
102. WINICOTT D.W (1971). « *Jeu et réalité* », Edition. Gallimard, Paris, TF 1975.

– قائمة الرسائل الجامعية باللغة الأجنبية:

103. TUNESI TH. (2009). « *Le Toucher : Acte réparateur dans la construction du lien Corps-Psyché chez le soignant* », thèse de doctorat, Univ de Franche comté.

الملاحق

الملحق رقم 01:

ملحق شبكة تحليل رسم الرجل لـــ "Florence Goodenough"

طريقة إختيار : الظاهرة العامة للرسم.

الموقع :

لتحديد موقع الرسومات تقوم الورقة (21.05.21) بواسطة خطين عموديين آخرين أفقين للحصول على (09) مناطق متساوية ثم تجديد مكان رسم الإنسان بالنسبة إلى هذه المنطقة ومركز الورقة من الناحية النفسية لا ينطبق مع المركز من الناحية الهندسية، فالأول يوجد منحازا قليلا نحو الأسفل يسار المنطقة اليسرى.

التحليل	التفسير
1. **الجهة اليسرى للورقة**	1. تمثل الماضي، ويعتقد أنه كلما كان إتجاه الرسم نحو اليسار كلما كان لدى المفحوص ميلا للتغير الإندفاعي والسلوك الطفلي، تمثل أيضا التعلق بالأم.
2. **الجهة اليمنى للورقة**	2. تمثل المستقبل، وكلما دل على وجود قوة المراقبة الفكرية والنضج، كما تمثل التعليق بالأب.
3. **الجهة الوسطى للورقة**	3. تمثل الحاضر والواقع.
إذا كان الرسم على شكل عمودي للورقة.	هناك تفسيرين للحالة:
أ -**الجهة السفلي:**	أ- يدل على الحاجة لامتلاك الفضاء المحيط بالذات مصحوب بنوع من نقص المثالية والروحانية "الجانب الروحي".
ب -**الجهة العليا**	ب- يدل على موقف مضاد يمثل الحاجة لتأكيد الذات ارتباطا بالهوام.

إذا كان الرسم على شكل أفقي للورقة:

المنطقة اليمنى العلوية –الحياة الخيالية. –الهروب نحو الحياة الهوامية	**المنطقة الوسطى العلوية** – الحياة الخيالية.	**المنطقة اليسرى العلوية** – الحلم، و المثالية البحث عن الإشباع من الحلم.
المنطقة اليمنى الوسطى: – المستقبل.	**المنطقة الوسطى** – الحاضر، الواقع.	**المنطقة اليسرى** الماضي.
المنطقة اليمنى السفلى – الرغبة في تحقيق الملموس.	**المنطقة السفلى الوسطى** – الملموس	**المنطقة اليسرى السفلى** – الخوف. – التراجع.

الخطوط :

1. الخط القاتم	1. يعبر عن الشهوانية والإندفاعية إلى حد خدش الورقة وهي إشارة لعدم الرضى والعدوانية.
2. الخط الخفيف	2. تعبير عن الحساسية للطاقة، الرهافة وأيضا عن التردد، الخجل، عدم الثقة بالنفس.
3. الخط الأكيد والمباشر	3. يدل على الأمن والقرار، كما يعبر عن نوع من نقص البداهة.
4. الخط المكرر	4. خاص بالأشخاص ذوي التردد، والمتقنين
5. التنقيط	5. يدل على وجود عصبية، التدقيق في أمور طفيفة، وحسب آخرون يدل عن معارضة الشعور بالذنب الناتج عن الإنتماء والتبول اللإرادي.
6. الخطوط الكثيرة المربعات والضلال	6. تدل على القلق و التوتر.
7. الخطوط المكسورة وذوي الزاوية	7. تدل على النشاط الحاجة إلى الحركة، الغضب التوتر، الرجولة والعزم.
8. الخطوط المنحنية.	8. تعبر عن اللطف وروح المصالحة الخضوع للأنوثة، النرجسية الرخاوة.
9. الخطوط المستقيمة	9. تدل على الرزانة، الصلابة.
10. الخطوط النازلة	10. تدل على التشاؤم، الإكتئاب التعب.
11. الخطوط الصاعدة	11. تدل على الإنشراح، الحياة، إنفجار المشاعر الحادة أو الشديد
12.إبراز الخط المركزي العمودي للرسم.	12. يعبر عن الجهد للمحافظة على توازن عاطفي غير مستقر.

13. إبراز الخط المركزي الأفقي للرسم	13. يعبر عن الحاجة الماسة لتكوين علاقات.
14. الشطب أو المحو	14. يدل على التردد، عدم الرضى على النفس والشعور بالنقص
15. البقع والتسوية « Taches et Noircissement »	15. تدل على الشعور بالذنب.

وضعية الرسم والحركات:

1.الرسم بالجنب	1 يدل على موقف الخوف من المواجهة. تترجم عدم إشباع للحاجات الغريزية وهي عبارة على الكف والقلق الذي يمنع الشخص من الخضوع لغرائزه.
2.الوضعية العامة: متصلبة – وضعية الإنسان قد تكون صارمة والرجل موضوعة جيدا والتوازن أو عديم التوازن.	2 عدوانية قوية تكون غالبا متخفية تحت هذه الوضعية. –تعبر عن الحصر والخوف من السقوط والإنحطاط سواء نفسيا أو ماديا.
3.وضعية الذراعين: – وضعية أفقية. – وضعية عمودية للذراعين. – وضعية منحنية للذراعين.	3 ÷ –تعبر عن الضغط نحو العالم المحيط وحاجته إلى الحركة. –تدل على الحاجة للتحكم في النفس والتعبير عن الآخرين. –وضعية متقدمة ونادرة فهي تساهم في التعبير.
4.وضعية الساقين: – رجلين مضمومين. – رجلين مبتعدين. – رجلين ملتصقتين جيدا.	4 ÷ –نجدها عند الذين لديهم خوف وكف. –نجدها عند الذين لديهم ثقة بالنفس. –تعبر على وجود اتصال واقعي.

الكتفان:

كتفين ظاهران وعرض الصدر يشير إلى تعظيم الجسدية.

الثدين:

وجودهما في رسم الذكور يشير إلى فمية بدائية Frustration primitive orale

وجودهما في رسم الإناث يشير إلى تقبل وتعظيم الأنوثة أو وجود أو مسيطرة.

الأطراف:

لحصول على نسبة الساق نقوم بالعملية التالية جذع/ ساق.

الساق:

يعتبر طول عاديا لما يتروح ما بين 0.75 و1.25 سم.

- طويلة تدل على النشاط.
- قصيرة تدل على الخمول ونقص في الفعالية، الحيوية.

موضع الرسم والتناظر:

للتعرف على وجود التناظر بين أعضاء الجسم تقوم بوضع طولي لرسم الإنسان وهذه الطريقة يمكن ملاحظة إختلال توازن الجسد ويظهر هذا الإختلال:

- عندما يكون محور الرأس غير متناسق مع محور الجذع وهاذين الآخرين مع محور الساقين.
- عندما يكون الرأس أو الجذع غير متناسق وهذا الأخير مع محور الساقين.
- عندما الأطراف العليا ليست ملتصقة بنفس العلو أو بنفس الهيئة.
- عندما يكون الذراعان والساقان على نفس الطول أو إما الإختلال في الوجه يظهر.
- عندما تكون الملامح المتناظرة ليست متموقعة على نفس الخط.
- عندما تكون جهة متطورة أكثر من الأخرى.
- عندما يكون الفم معوج عديم التناظر عند الكبار عامة.

إفراط في التناظر :

إشارة إلى وجود إضطرابات نورولوجية.

نجده عند ذوي الطبع الهماجي وأيضا ذوي التوتر الشديد

والكف فالطفل الذي يرسم إنسان بصلابة يرسمه أحيانا بالمسطرة.

شخصية الإنسان:

السن:

يرى العديد من الباحثين أن سن المرسوم عامة قريبا من السن الرسم.

- رسم الطفل أقل من سن الرسام علامة للنكوص.

- رسم شبح هو علامة تعلق خاصة بشخص كبير أو إلى الموقف البعيدة التي تعطي غموضا حول الذات.

الجنس:

- شخص أنثوية– بالنسبة للبنت: هو تعبير عن النرجسية و تمثيل للنرجسية الأنثوية.
- شخص أنثوية – بالنسبة للولد: هو تعبير عن التأنيث أو الجانبية الجنسية المبكرة.

الهوية: أمثلة عن ذلك

- الرجل الأسود بالنسبة للطفل الأبيض يشير إلى الإحساس بالذنب.
- الصياد يعبر عن الطبع هادئ ورغبة شديدة للقبض.
- عضو من عصابة أو عسكري يبر عن عدوانية مباشرة.
- المهرج يعبر عن الذين يصطنعون الإنشرح Faux Gais حيث يقومون بتعويض قلقهم السري.

الحركات:

التعرف على الحركات في الرسم عن طريق ثلاثة عناصر:

- وضعية إنحناء الجذع أو وضعية متناظرة للذراعين أو الساقين (ذراعين مرفوعتين مع مثنى الركبتين أو المرفقين رفع نهاية الأصابع).
- وجود شيء ما في اليدين أو قريب من الرجلين يدل على حركة الشخص (عصى مثلا).
- إختلال وضعية الطرفين المناظرة (ذراع مرفوع والآخر لا، كذلك ساق مثنى).

والتفسير الذي يرفق الحركات:

إنطواء في الحياة الداخلية إمكانيات الإبداع وأما حركات الإمتداد فهي تشير إلى الحيوية والنشاط أما حركة الإنحناء فتدل على الإنفعال.

تعبيرات المرسم

يرى المختصون أن التغيرات الموجودة في الرسم هي إسقاطات لأبعاد الشخصية وإحساساته.

المظاهر التحليلية للرسم

1. الرأس:

للحصول على الطول بالنسبة جذع/ رأس يمكن إعتبار عملية: جذغع/ الرأس عادية إذا:

- من 4 سنوات إلى 9 سنوات توجد بين 0.75 و3سم.
- من 9سنوات إلى 12 سنة توجد بين 1.25 و2.75 سم.

- رأس كبير يدل على النرجسية وعدم نضج الأنا "Hypertrophie du moi" إفتخار فكري وأخلاقي.

2. العيون:

- كبيرة تعني التفتح نحو العالم الخارجي.
- صغيرة تعني الإنطواء على الذات.
- مرسومة على شكل نقطة بدون مدار تدل على نقص النظر أو إلى الإحتراس.

3. الفم:

- فم مضموم أو على شكل خط هو إشارة للتوتر.
- فم خشن وصلب هو إشارة إلى العدوانية.
- فم مقعر ومستدير هو إشارة إلى السلوك الطفلي والتعبية السلبية.

4. الأنف :

- أنف في شكل بارز يشير إلى القضيبية.
- تشوهات أو تعزيز في خط الأنفي هي مرتبطة بالمشاكل الجنسية.

5. الأذن:

- التركيز أو الإهتمام بهذا العضو يعني فضولية حساسية للنقد
- تمثل أيضا إضطرابات في السمع.

6. الشعر:

- يشير للإحتياجات الشهوانية كما يستعمل كستار و تمثيل نرجسي للأنوثة.

7. اللحية والشارب:

- هي إشارة مميزة لجنس ووجودها يدل على وجود ثقافة جنسية أو إنشغالات حولها.

8. الذقن:

- عندما يكون بارزا جدا يدل على الرجولة والرغبة في تحقيق الذات السلطة.

9. الوجنتين:

- تدل على الصحة والبشاشة.

10.القدمان:

- مشكلتان بصفة تدل على تمثيل مقنع للعضو الجنسي.
- رسمها سوداء أو غمرها على العجز.

11.الذراعان: للحصول على نسبة الذراع نقوم بالعملية التالية : جذع / دراع، ويعتبر طول الذراع عاديا عندما يتراوح ما بين 1.25 و2 سم.

- إتجاههما وقوتهما تدل على إستعمال الطاقة.
- طويلة وصلبة وقوية تعني الطموح والحاجة لتحقيق الذات.
- طويلة وضعيفة تعني إستحالة الطموحاة.

12.اليدان :

- عندما تكون غير موجودة فهذا يدل على عدم القدرة على إقامة علاقات مع الغير أو الشعور بالذنب.
- موجودة وراء الظهر أو في الجنب تشير إلى الشعور بالذنب وفكرة الإخفاء Cachoterie
- يدان بأصابع حادة تشير إلى عدوانية الرسام.

13.اللباس: شخص قليل اللباس أو بدون اللباس يدل على التمركز حول الذات ورفض قوانين و معايير المجتمع.

- ثياب ساخنة تشير إلى الحنان الأموي والحوارات العاطفية.
- السروال له معنى جنسي وهذا بالنسبة للمواضيع التي يغطيها.
- التنورة المنفتحة والمزخرفة تبرز النرجسية الأنثوية التعويضية.
- الملابس الخاصة بالصدر أو على الجسد لها علاقة بعاطفية لشخص بجزئيتها وتفصيلاتها تساعد على تشخيص المرسوم وبالتالي على الإنشغالات.
- الجيوب لهم قيمة سرية والإمتلاك ونجدهم منتشرين عن الأطفال التابعين أو المحرومين من الحنان والعطف وأيضا من الناحية السادية.
- الأزرار الكثيرة تشير إلى الخضوع إلى السلطة والكف الجنسي.
- مساسك الشعر تعبر عن الجهد التحكم في التدفق النزوي.
- المجوهرات نشير إلى حب التزيين والنرجسية.

14.الجذع:

- الإشارة الموضوعية ما بين الرقبة والحوض بخطوط أفقية تدل على الجهد المبذول للتحكم في الحياة الغريزية.

15.الرقبة:

- عندما تكون ممتدة فتدل على الشكل من الجانب المورفولوجي وكذلك عندما تظهر الطفل إعجاب بالنفس وطموحا.
- عندما تكون ضيقة فهي تدل على نزوات الإختناق.
- عندما تكون غليظة تدل على الخشونة.
- عندما لا تكون هناك رقبة غيابها فهذا يشير إلى المادة.

16.الألوان:

1 -**الأزرق:** الهدوء، الصفاء، الحنان، الصدق له علاقة مع الماء، البرودة، الطهارة.

2 -**الأحمر:** الإثارة، الولوع، الميل، الشجاع، الغضب، العدوانية، النشاط، نقص التحكم في الأحاسيس.

3 -**الأصفر:** الإشراف، اللهو، البهجة، الحكمة، التفوق، الإستعلاء، الخداع، له علاقة مع الشمس والحرارة.

4 -**الأخضر:** الأمل، التجديد، الراحة، المرارة، القساوة، التمرد، الثورة، الغضب، لها علاقة بالطبيعة.

5 -**البفسجي:** الحزن، الغرابة، تخيل شاذ.

6 -**البني:** الإنزعاج، الكف، مزاج كثيب، الجدية، له علاقة مع الأرض وحب العمل.

7 -**الأسود:** القلق، الحداد، الغرابة، الذنب، الخطأ، له علاقة مع الميل، الشتاء، الوعي، الموت.

8 -**الأبيض:** الحياد، الجزم، الأمر، البرودة، الفراغ، الطهارة له علاقة بالثلج.

رسم الرجل وبعض ميزات الطبع

إنفعالية – عدم الإنفعالية:

إنفعالية:

تظهر عن طريق الخط الرقيق والمتردد المعاد أحيانا المرتعش، الرجل إما يكون صغيرا جدا أو كبير جدا أو كبيرا جدا مع قصر الأعضاء السفلى صغيرة القدمين تعني صعوبات الإتصال الإجتماعي وإحساس النقص المعنوية أحيانا يكون الرسم يقع أقصى ركن الورقة تلمس الحاجة إلى المساعدة، سمات الوجه توحي بالخجل، الإنشغال بالمحيط الذي يرسمه يحتوي على عراقيل سحب وهذا على عكس الأشخاص الغير منفعلين فهم **placides** ينتجون رسومات ذات الخطوط المنتظمة والمضغوطة وبدون انقطاع.

الليونة– العنف:

الليونة:

تعني اجتماعي، طائع، الخط يحفز الدوائر، الخطوط تميل إلى الخارج بلطف وتترك بينهما مكان.

العنف:

تميز بالعدوانية تحرض الرسام برفض عنوان أو موضوع رسمه– كيفية أداء خطه يكون مضغوط، مندفع غالبا ما يكون متنفس ومذبب

تفاصيل وجه الرجل تعبر عن الغضب (العين شرسة، الأنف واسع، الشفاه خشنة) وأحيانا وجود أسنان، الأظافر والكتف العريضة، الرجل يكون مصحوب أحيانا بسلاح أو يؤدي مهدد

فرح واكتئاب وقلق:

في الفرح:

نلاحظ أن إيقاع العمل يكون حسن، عدم وجود الكف يظهر بوجود الحركة الذراع مبتعدا كثيرا الجسد، الوجه معبر (نظرة حيوية وفسيولوجية، الوجه المبتسم)

في الحزن:

الخطوط تكون غير واضحة ونازلة، الرسام يتكلم وهو يؤدي رسمه، يشجع ويبرز نفسه.

الخطوط مضغوطة كثيرة، معادة "Double" الرجل صغير وغالبا ما يكون ذو إعاقات الجذع وقاعدة الجسد غائبة، الساق غير موضوعة بطريقة عادية تشير إلى الأمن

الفم خطي مشوه، والعينين مرتفعتين أو غائبتين، نلاحظ مشاكل التماثل أحيانا يظهر بإنحناء الرجل في الورقة ببعض سمات القلق تبرز في ساعات الفراغ أو النهاية.

الكف:

عند الحساسين:

الخط مضغوط عليه تغيرات في الضغط، الرجل عامة كبيرة ضخم مع وجه عريض، أعضاء الحواس بارزة وكثيرة.

في حالة الكف:

الخط رخو متردد خيطي، متقطع، الرسومات صغيرة الأعضاء ملتصقة .

الصراحة – الكذب:

الإنسان الصريح لا يوقع رسمه كثيرا ويستعمل ألوان واضحة، أما الميل إلى الكتمان، المعارضة تظهر عن طريق الإفراط في الألوان التي تكون مظلمة ويمحي كثيرا.

الرجل يكون غالبا مرسوم "profil"، العينين غالبا فارغتين والفم مخفي.

النرجسية:

يظهر النرجسيين في أناقة الأشكال، الإعجاب بالجسد، الناس، المجوهرات، الرأس وسمات الوجه (خاصة العينين) مفصلة و مفضلة كثيرا بينما تمثل الساق ضعيف خاصة إذا كان الإنسان المرسوم من الجنس الأخر بالنسبة للرسام.

وبالتالي نجد نوعين من النرجسية:

- النرجسية اللباسية
- النرجسية الجسدية

اغلب النرجسيين يرسمون الجسد عاريا

عدم الاستقرار النفسي الحركي:

إن رسم الرجل عند هؤلاء ينجز بسرعة، بمستوى نضج ضعيف ضعف الأداء الحركي يترجم بخط غير مستقيم والألوان غير واضحة (تجاوزات)، رسم الرجل غير كامل.

الإحساس بالترك Abandon:

الرسومات تكون صغيرة، طفلية (Enfantin)، أين يظهر عدم الأمن في عدم التساوي والاستقرار و القدمين أحيانا غائبين، التخطيط الجسدي ضعيف و رديء، والوجه نسبيا (accentué)، الذراعين ملقيان أو في الفضاء وعدم القدرة في إقامة علاقات تظهر في غياب أو ضعف الذراعين وغياب اليدين في الرسم.

الإحساس بالنقص:

الخط رقيق، متردد لكن معادا، ممحي يشير إلى عدم الثقة، رسم الرجل صغيرا جدا، أو مضخم تعويضي، الهيئة العامة للإنسان أيسر، إما علامات القلق أو الشعور بالذنب غالبا ما تكون موجودة.

الإحساس بالذنب:

الإحساس بالذنب متعلق دائما بالعدوانية أو بمشاكل جنسية، هذه الرسومات تتمثل بظل، استعمال الألوان المظلمة، عند العدوانيين، القلق دائما موجود.

تأخير في التطور العاطفي والنكوص:

تأخر في التطور العاطفي يترجم بمستوى ضعيف في سلم النضج، الخط بطئ، غير مستقيم ومتردد الرأس غير منسجم، كبير، نلاحظ خلط بين تمثيل الوجهprofil لا يوجد فرق جنسي.

أنواع جوانب الشخصية: حسب رائز رسم الرجل

أنواع الشخصية "profil" رائز الرجل	الصفات
1 -شخصية متزنة	– واقعي، حاضر – الإحساس بالأمن – الثقة بالنفس – مراقبة الذات، تقدير الذات. – التواصل مع المحيط – طموح – الرقة، الليونة، الحساسية – النشاط الجنسي – الرغبة في التحقيق – الفرح، ابتسام
2 -شخصية عدوانية	– الإحساس بالذنب – الغضب – تقيم وتعزيز القوة البدنية – ثرثار – الإندفاع – عدم التأقلم مع المعايير الاجتماعية
3 -شخصية متشائمة	– ذو أفاعل محدودة – تضييق مجال الرؤية – ليس لديه الحيوية الجنسية – غير نشيط، غير ديناميكي

- نقص الثقة في الذات
- التشاؤوم
- صعوبة لإقامة علاقات علاقات مع الآخرين
- الرغبة في الدفن
- الملل، الحزن

4 -شخصية مرضية

- متمركز حول الذات
- ليس لديه اتصال مع المحيط
- ظهور الكف بكثرة
- خيالي، غير مبالي
- الهروب إلى اللاواقع
- Passif سلبي
- العيش في الماضي
- نرجسية مغلقة
- عدم الأمن
- الحاجة إلى المراقبة
- الإحساس بالإكتئاب
- التردد

الملحق رقم 02:

التداعيات "Associations"

اختبار كارين ماكوفر لرسم الرجل – التداعيات

الاسم:..............................**السن:**......................**التاريخ:** ..../...../......

رقم: ....

(ارسم شخصا في الفترة الأولى – ثم ارسم شخصا من الجنس الآخر في الفترة الثانية) مع تسجيل الملاحظات والإجراءات.

المستدعيات:

(الفعل)...................... (العمر)...................... (متزوج)......................

(الأطفال)................ (يعيش مع)................ (أكثر ارتباطات)................

(الإخوة والأخوات)........................ (نوع العمل)................................

(التعليم)................................ (الطموح)..

(وجيه).................. (قوي).................... (صحيح البدن)......................

(حسن المظهر)............................ (أحسن جزء)..............................

(أسوء جزء)................................ (نمط عصبي)..............................

(ما الذي يدور في عقله)...

(المخاوف)................................ (حزين ام سعيد)................................

(ما الذي يمكن أن يغضبه)........................ (ما الذي يوده أكثر)......................

(النقاط الحسنة)............................ (النقاط السيئة)............................

(هل هو منفرد بنفسه غالبا أم مع الناس)..

(يقول الناس)........................ (إدراك الذات– انظر نحوه)............................

(يثق في الناس)............................ (يخاف منهم)..............................

(يعيش مع زوجته أو أبويه)............................ (منعزل)..........................

(مراوغ)................................ (زوجة أو زوج مراوغ)............................

(الجنس مع الزوجة)........................ (أول خبرة جنسية)..........................

(الفتاة المحبوبة)............................ (يتوقع أن يتزوج)..........................

(نوع الفتاة التي يخرج معها)..

(الجنس مع الغلمان)............................. (هل حدث)...............................

(إلى أي مدى مارس العادة السرية)..

(ما الذي يعتقده)..

(بمن يذكراه).......................... (هل تحب أن تكون مثله)..........................

تقييم الذات لدى المريض

(أسوء جزء من الجسم)..........................(أفضل جزء)............................

(ما هو أفضل ما فيك؟)......................(ما هو أسوء ما فيك؟)......................

الملحق رقم 03

محددات أشكال رسم الرجل لــ Jaqueline Royer

الملحق رقم 04

تخطيط سمعي يوضح طبيعة الإصابة بالصمم

(Audiograme)

الملحق رقم 05

كيفية عمل جهاز الزرع القوقعي

الملحق رقم 06

الخاص برسومات المبحوثين